Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

# Agressão humana e marcas de mordidas: a vulnerabilidade de mulheres e crianças

Fernanda Bruni Queiroz

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.**

**Área de concentração: Serviços de Saúde Pública**

**Orientadora: Profª. Drª. Fabiola Zioni**

São Paulo

2010

# Agressão humana e marcas de mordidas: a vulnerabilidade de mulheres e crianças

Fernanda Bruni Queiroz

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.**

**Área de concentração: Serviços de Saúde Pública**

**Orientadora: Profª. Drª. Fabiola Zioni**

São Paulo

2010

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figurem a identificação do autor, o título, a instituição e o ano da dissertação.

***Dedicatória***

*Aos meus pais, Renato e Silvia, pelo estímulo, apoio e amor incondicional.*

*À minha querida irmã Lígia e meu cunhado Rogério, que trouxeram ao mundo a minha pequena sobrinha Gabriela.*

*Ao Tiago, que compreende todo meu trabalho e minha ausência.*

## *Agradecimentos*

*À minha orientadora, Professora Doutora Fabiola Zioni, pelo apoio, estímulo e compreensão, sobretudo nos momentos difíceis pelos quais passei durante a elaboração deste trabalho.*

*Aos Doutores Eduardo de Menezes Gomes e Mário Jorge Tsuchiya, que gentilmente autorizaram a coleta de dados no IML/Sede.*

*À equipe de trabalho do IML/Sede: Carla, Daniela, Flávio, Germana, Edilene, Fernanda e Marquinhos, que me prestaram grandes contribuições e me ajudaram em todas as dificuldades encontradas no decorrer do levantamento de dados.*

*À Professora Doutora Vera Silvia Raad Bussad, pelas suas preciosas contribuições.*

*À Professora Doutora Márcia Furquim de Almeida, por ter contribuído com sugestões no exame de qualificação.*

*À Professora Doutora Maria Helena Prado de Mello Jorge, pelas suas dedicadas observações e explicações.*

*Ao Luiz Silva, que me ajudou a organizar os dados.*

*Ao Professor Emérito S. Interlandi, que um dia me mostrou o encantado mundo da Odontologia.*

*À Professora Odete Maria Trindade, que ainda na graduação me iniciou no mundo da Odontologia Legal.*

*Ao Professor Doutor Rodolfo H. Melani, por um dia ter me recebido no Odontologia Legal.*

*Às funcionárias da Faculdade de Saúde Pública, Lívia e Renilda, por todo o auxílio prestado.*

*Aos colegas e amigos do Departamento de Prática de Saúde, pelos momentos que passamos juntos.*

*"A inteligência é o único meio que possuímos para dominar os nossos instintos"*

*Sigmund Freud*

Queiroz, FB. Agressão humana e marcas de mordidas: a vulnerabilidade de mulheres e crianças [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2010.

***Resumo***

Este trabalho apresenta os resultados de um estudo sobre o comportamento agressivo humano, enfatizando as diversas implicações das marcas de mordidas produzidas por agressores e vítimas, notadamente quando se trata de estupro ou violência sexual, violência doméstica e abuso sexual. Essas ocorrências costumam acontecer em espaços domésticos/privados, pressupondo, portanto, um contato direto, físico, entre agressores e vítimas, que se situam em posições assimétricas, pois os primeiros, em geral homens adultos, ameaçam e brutalizam mulheres e crianças, frequentemente mais fracas e vulneráveis, física e socialmente. A violência produz impactos incomensuráveis no sistema público de saúde e na sociedade em geral, mas primordialmente em suas incontáveis vítimas. Entretanto, os crimes tidos como mais sérios e ameaçadores são aqueles cometidos mediante o uso de armas de fogo ou armas brancas, entre pessoas simétricas (homens adultos) e mais comuns em ambientes públicos. As ocorrências que têm lugar no cenário doméstico, quando as vítimas são mulheres e crianças, não são levadas tão a sério (e, por isso, mais toleradas e negligenciadas), o que acarreta a subnotificação desses crimes e um sub-comparecimento das vítimas aos órgãos jurídicos e policiais, entre os quais se encontram os IMLs, que se ocupam dos exames de corpo de delito. Os dados avaliados neste estudo procedem de múltiplas fontes: literatura acadêmica especializada, matérias jornalísticas, notícias compiladas no Arquivo Digital da Folha de S. Paulo, informações registradas em Relatórios elaborados pelo IML/Sede do município de São Paulo e imagens disponíveis no Google imagens.

**Palavras-chave:** marcas de mordida, agressão humana, violência doméstica

Queiroz, FB. Agressão humana e marcas de mordidas: a vulnerabilidade de mulheres e crianças [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2010.

***Abstract***

This paper presents the results of a study on human aggressive behavior, emphasizing the various implications of bite marks produced by aggressors and victims, especially when it comes to rape or sexual assault, domestic violence and sexual abuse. These events usually take place in domestic spaces / private, assuming, therefore, a direct, physical, between aggressors and victims, which are located in asymmetric positions, because the former generally adult men, threaten and brutalize women and children, often more weak and vulnerable, physically and socially. Violence produces immeasurable impact on the public health system and society in general, but primarily in its countless victims. However, the crimes considered most serious and threatening are those committed by the use of firearms or knives, among people symmetric (adult men) and more common in public places. The events that take place in the domestic arena, where the victims are women and children, are not taken as seriously (and therefore more tolerated and neglected), which leads to underreporting of these crimes and a sub-attendance of the victims to legal and law enforcement agencies, among which are the IMLS, dealing with a forensic examination. The data evaluated in this study come from multiple sources: specialized academic literature, journalistic articles, reports compiled in the Digital Archive of the Folha de S. Paul, information recorded in reports prepared by the IML / Headquarters in São Paulo and images available on Google images.

**Keywords**: bite marks, human aggression, domestic violence

*Sumário*

*1. Considerações iniciais* 15

*2. Noticiário da Folha de S. Paulo* 18

*3. Comportamento humano X Comportamento animal* 33

*4. Marcas de mordidas e identificação* 39

*5. Violência e seua impactos na Saúde Pública* 45

*6. Problema* 57

*7. Objetivos* 60

*8. Universo principal da pesquisa* 61

*9. Metodologia: Pesquisa documental e bibliográfica* 63

*9.1 Fontes* 63

*9.2 Procedimentos Metodológicos* 63

*9.3 Procedimentos Éticos* 66

*10. Resultados* 67

*10.1 Modalidades de agressão* 68

*10.2 Modalidades de agressão segundo o gênero* 71

*10.3 Modalidades de agressão segundo as principais faixas etárias* 74

*11. Discussão* 89

*12. Considerações e apreciações finais* 94

*13. Referências Bibliográficas* 98

*14. Anexos* 104

*14.1 Fotos/Figuras* 104

*14.2 Classificação Estatística Internacional de Doenças e*

*Problemas Relacionados à Saúde* *111*

*14.3 Procedimentos Éticos* *115*

*14.4 Curriculum Lattes* *119*

*14.4.1 Curriculum Lattes Profª. Drª. Fabíola Zioni* *119*

*14.4.2 Curriculum Lattes Fernanda Bruni Queiroz* *121*

*Lista de Quadros, Tabelas e Figuras*

*Quadro 1 - Comparação entre alguns aspectos de animais, vampiros e humanos* 16

*Tabela 1 - Total de modalidades de agressão no período de 2000 ao 1º semestre de 2009* 69

*Figura 1 - Porcentagem de modalidades de agressão no período de 2000 ao 1º semestre de 2009* 70

*Tabela 2 - Total de modalidades de agressão segundo o sexo no período de 2000 ao 1º semestre de 2009* 72

*Figura 2 - Tipos de agressão por gênero no período de 2000 ao 1º semestre de 2009* 73

*Figura 3 - Modalidades de agressão segundo o gênero no período de 2000 ao 1º semestre de 2009* 74

*Tabela 3 - Modalidades de agressão segundo a faixa etária em anos no período de 2000 ao 1º semestre de 2009* 76

*Tabela 4 - Modalidades de agressão segundo sexo feminino e faixa etária em anos no período de 2000 ao 1º semestre de 2009* 77

*Tabela 5 - Modalidades de agressão segundo sexo masculino e faixa etária em anos no período de 2000 ao 1º semestre de 2009* 78

*Tabela 6 - Modalidades de agressão segundo o sexo não especificado e faixa etária em anos no período de 2000 ao 1º semestre de 2009* 79

*Tabela 7 - Modalidades de agressão segundo idade em anos no período de 2000 ao 1º semestre de 2009* 80

*Figura 4 - Idade em anos no período de 2000 ao 1º semestre de 2009* 81

*Tabela 8 - Subcategoria 2.4: "Agressão por meios especificados", no período de 2000 ao 1º semestre de 2009* 85

*Tabela 9 - Casos envolvendo mordidas segundo a faixa etária em anos no período de 2000 ao 1º semestre de 2009* 85

*Quadro 2- Relações de simetria e assimetria* 92

## *Apresentação*

*O tema deste trabalho – comportamento agressivo e marcas de mordidas – começou a despertar o meu interesse durante o estágio que realizei na Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, mais precisamente na área de Odontologia Legal, entre os anos de 2004 e 2005. Lá, tomei conhecimento dos procedimentos técnicos utilizados para a identificação e reconhecimento de mordidas (e, quando possível, de seus autores) e que envolvem o estudo das arcadas dentárias e suas características, peculiares a cada indivíduo. Considerei que mereciam reflexões mais aprofundadas as lesões físicas e emocionais causadas pelas mordidas, as situações e os contextos em que ocorriam, as dificuldades enfrentadas pelas vítimas quando encaminhadas às instituições jurídicas e policiais e o caráter por assim dizer "folclórico" com que esses episódios são tratados pela mídia.*

*Já no curso de mestrado na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, descobri que as vítimas de agressão provocam grande impacto no sistema público de saúde, pois dependem de atendimento especializado, dispendioso e prolongado, envolvendo tratamentos para reparar danos físicos e emocionais.*

## *1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS*

Este trabalho desenvolve um estudo sobre o comportamento agressivo humano envolvendo mordidas e as marcas por elas impressas nos corpos das vítimas e dos agressores, com destaque para a importância dos diferentes contextos e significados associados a esses episódios violentos.

Os humanos, desprovidos de armas biológicas - garras, presas, cascos, chifres, venenos - atacam e se defendem por meio das mãos (gestos, tapas, socos), dos pés (chutes) e da fala (ofensas verbais). Além disso, empregam objetos (pedras, pedaços de madeira e metal) e armas brancas e de fogo nas interações agressivas. (GOMIDE, 2002). Darwin (2000), no século XIX, já afirmara que, à primeira vista, agressões envolvendo mordidas parecem ocorrer exclusivamente entre animais. Entretanto, os humanos também recorrem às mordidas, sobretudo as crianças (mais frágeis e ainda não adequadamente socializadas), e as mulheres, em geral física e socialmente mais vulneráveis do que os homens.

Algumas expressões traduzem, metaforicamente, este uso dos dentes: "com unhas e dentes", por exemplo, quando se alude a uma conduta decidida, firme e aguerrida, à semelhança de "agir com garra". Por outro lado, uma pessoa fica "mordida" quando se sente enraivecida, desafiada, indignada. E um filho pode dar "uma mordida" no bolso do pai (ROSENTHAL, 1998).

Morder não costuma ser visto como um comportamento digno dos humanos, mas sim dos animais. Os primeiros usam a boca para falar, beijar e expressar emoções, ao passo que os segundos mordem quando atacam, se defendem, caçam e se alimentam. Assim, as mordidas deveriam ocupar o polo da animalidade, e não o da

humanidade. Na literatura e na mitologia são variadas as entidades sobrenaturais, ambíguos, como os vampiros, associadas ao Mal, portadoras de traços animalescos - orelhas pontiagudas, chifres e caninos desenvolvidos -, que sugam o sangue (alimento cru, não transformado pela cultura), deixam marcas e submetem as suas vítimas (AGUIAR, 1976).

O Quadro 1 esquematiza a transição entre animais, vampiros e humanos, relacionando elementos como boca, dentes caninos e alimentos.

Quadro 1. Comparação entre alguns aspectos de animais, vampiros e humanos.

| | ***ANIMAIS*** | ***VAMPIROS*** | ***HUMANOS*** |
|---|---|---|---|
| ***BOCA*** | MORDIDA | MORDIDA/ FALA | FALA |
| ***CANINOS*** | GRANDES | GRANDES/ PEQUENOS | PEQUENOS |
| ***ALIMENTO*** | CRU | CRU/ PROCESSADOS | PROCESSADOS |

Fonte: Autoria da autora.

Não se pretende, neste estudo, aprofundar a discussão sobre a natureza da agressividade humana, vista por alguns autores como instintiva ou inata, uma força que deve ser extravasada para que não seja deletéria (LORENZ, 1979; FREUD, 1976; PINKER, 2004). Para outros, a agressão se deve apenas ao ambiente,

responsável por estimular ou inibir a sua manifestação (MONTAGU, 1968; MEAD, 1976). As observações de Leakey & Lewin são as mais compatíveis com o enfoque deste estudo, pois criticam a noção segundo a qual o homem evoluiu como um "macaco assassino", assinalando que "os humanos não têm uma disposição inata, poderosa, seja para a agressão, seja para a paz. É a cultura que em grande parte tece os padrões das sociedades humanas" (LEAKEY, 1982, p.213). Para estes autores, o comportamento humano é extremamente sensível ao ambiente, e não pode ser definido como pré-programado.

## *2. NOTICIÁRIO DA FOLHA DE S. PAULO*

"Uma criança de um ano e nove meses está internada em estado grave no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, após ter sido vítima de abuso e espancamento. (...) O padrasto da menina, um técnico em informática de 19 anos, é acusado de ser o autor – ele tentou fugir, mas foi preso. Segundo a polícia, a mãe ouviu a menina chorando, pediu socorro e teve ajuda dos vizinhos. A criança foi levada para a UBDS (Unidade Básica Distrital de Saúde) do Sumarezinho. No local, a menina teve uma parada cardiorespiratória e precisou ser transferida para emergência do HC. (...) Segundo a polícia, não foi a primeira vez que a criança foi agredida. Além dos ferimentos que sofreu na madrugada de ontem, a menina tinha outras marcas, o que indica que ela já tinha sido espancada. À polícia, o técnico de informática confirmou as agressões e disse que a atitude era para "educar" a menina. A criança tinha marcas de **mordidas** nos dedos das mãos e dos pés, queimaduras e sinais de violência sexual. A mãe, de 20 anos, também era espancada. (...) A mãe da criança declarou à polícia que não denunciava o marido porque ele a ameaçava." [1]

O trecho acima, extraído de uma matéria da Folha de S. Paulo de 01/02/2010, descreve, em todos os aspectos, a fragilidade de uma criança submetida às agressões domésticas, narra a trajetória do caso, o desfecho policial e o impacto causado no sistema de saúde. Evidencia-se aqui a impossibilidade de uma criança em se

---

[1] Os trechos aqui transcritos encontram-se em reportagens compiladas, desde 1994, nos Arquivos da Folha de S. Paulo, acessados por meio de busca eletrônica realizada em 14/04/2010, empregando-se as palavras-chave *mordidas* e *dentadas.* Ver: http:www1.folha.uol.com.br/arquivos. Os grifos no texto dessas palavras são de minha autoria.

defender, ao lado da mãe coagida e obrigada a procurar socorro, e as marcas – físicas e psicológicas – deixadas pelo agressor. Este, por sua vez, cujo papel fundamental seria o de preservar a integridade da menor, a agride brutalmente e procura impedir que a genitora a encaminhe para atendimento nas instituições competentes.

Ainda neste mesmo trecho, percebe-se a posição assimétrica dos envolvidos nas agressões (adulto *versus* criança, homem *versus m*ulher), e a mordida como um traço de crueldade, situada, por assim dizer, no polo da animalidade.

Um tipo de marca deixada pelo abuso sexual no ambiente doméstico - a automutilação - é relatado na reportagem de 23/03/1997: uma jovem de 16 anos, vítima de abuso sexual do pai, foi "encaminhada ao instituto - HC - pelo S.O.S. Criança e está sendo acompanhada por uma funcionária 24 horas por dia. T. se automutilou. Ela arrancou a falange de um de seus dedos da mão direita a **dentadas**. (...) T. foi enviada à entidade por ordem judicial depois que foi apurado que o pai de T. praticava atos libidinosos com a menina. Entre os atos de seu pai, estava a prática de introduzir objetos e os dedos na vagina da garota."

Configurando-se como ato de desespero, como se fosse o último recurso, a mordida também é descrita na reportagem em que um pai confessa ter matado seu filho de 1 ano; o Laudo do Instituto Médico Legal aponta que "Luan morreu com traumatismo craniano e hemorragia abdominal (apresentava hematomas na barriga e peito e **mordidas** nos pés, mãos e orelhas). (...) Damázio – o pai da criança – disse que tentou reanimar o bebê dando **mordidas**.(sic)" (06/03/1998).

Pode-se mencionar um outro caso, notificado em 18/01/2001: uma mãe de apenas 17 anos e seu amante, de 25, são acusados de homicídio de uma criança de 2

anos. O S.O.S. Criança e a Promotoria haviam recebido denúncias de que o menor sofria maus-tratos da mãe, mas, segundo uma testemunha, "(...) ninguém se importou (...). A criança apresentava marcas de espancamento em todo o corpo, incluindo **mordidas** na barriga e até uma fratura na perna esquerda.(...)".

Em Salvador (BA), um desempregado de 27 anos é "acusado de ter matado a **dentadas** a filha de 3 meses, Rebeca. Silva foi preso em flagrante (...) quando procurava atendimento médico para a filha no Hospital Geral do Estado. (...) 'A menina não respirava e tinha várias marcas de **dentadas** pelo corpo', disse o delegado titular da 7ª DP. (...) A polícia foi chamada pelos médicos do hospital, que desconfiaram da versão contada pelo pai de Rebeca (...)". Nessa notícia, de 30/09/1997, evidencia-se que os profissionais da saúde precisam ser treinados para que possam distinguir entre os fatos reais e as versões relatadas pelos responsáveis que encaminham as crianças ao atendimento médico, visto que raramente as crianças estão aptas a denunciar as agressões de que são vítimas.

A integração entre os órgãos policiais, juizados, mídia e entidades não-governamentais é de suma importância e tem papel relevante em casos de agressão e exploração sexual de menores, envolvendo a sua denúncia, punição e prevenção. Quando essas instâncias agem conjuntamente, como no caso supracitado, o resultado é positivo, tal como exemplificado na reportagem de 15/08/1995: "No final do mês de julho a delegada de polícia Márcia Julião, do Rio de Janeiro, prendeu em flagrante um homem que fazia exploração sexual de crianças. Em sua casa, no bairro de Bangu, foram encontrados sete meninos, de 4 a 12 anos de idade, que eram

oferecidos para práticas homossexuais. Conforme informado pela delegada, o menino de 4 anos apresentava vários hematomas nas costas, provavelmente resultantes de **mordidas** e pancadas (...). A polícia (munida de mandado judicial) invadiu um edifício de oito andares, no centro do Rio de Janeiro, onde funcionava um prostíbulo feminino, e deteve 350 pessoas (...). Ocorre que quase a totalidade das meninas comercializadas no local eram menores de 18 anos. Além desses fatos, narrados aqui como exemplo, muitos outros têm sido denunciados por jornalistas, entidades não-governamentais e Igrejas (...)." A mordida aparece aqui no contexto da agressão sexual, e mais uma vez no cenário de uma relação assimétrica: adulto *versus* criança.

A coação da mãe pelo marido/companheiro, quando se trata de violência doméstica, é fato corriqueiro: o homem ameaça a mulher e esta, por sua vez, se submete e cala. Nessa medida, a mulher aparece como cúmplice do agressor, e isso tem diversas implicações, uma das quais diz respeito à ampliação da vulnerabilidade da criança: "Uma menina de apenas seis meses de idade teve uma das pernas mergulhada até a canela numa vasilha com água fervendo e ainda sofreu diversas **mordidas** pelo corpo na noite de anteontem, em Nova Iguaçu (Região Metropolitana do Rio de Janeiro). Segundo a polícia, as agressões foram praticadas pelo padrasto da menina, de 25 anos, que foi preso ontem quando visitava a criança no hospital. A menina, que também sofreu uma fratura no braço direito, está internada em estado grave. A mãe, de 26 anos, também foi detida sob suspeita de ser cúmplice do marido. Em depoimento à polícia, ela contou que o companheiro sempre agrediu a menina, mas que não podia fazer nada porque ele disse que a mataria se ela contasse algo à polícia." (15/03/2005).

O ato de morder, como um comportamento espontâneo/natural das crianças, é, na maioria das vezes, socialmente aceito, já que esses imaturos ainda estão sendo socializados e inseridos em um mundo pautado em valores culturais e sociais. Rosely Saião, em sua coluna da Folha de S. Paulo, aborda o assunto procurando orientar pais que não compreendem adequadamente este comportamento infantil: "Uma jovem mãe diz que não sabe mais o que fazer com o filho de um ano e nove meses que insiste em dar tapas, **mordidas** e beliscões nela. (...)".(01/092005). As crianças usam os recursos que têm à mão. No ambiente doméstico, cabe aos pais e/ou cuidadores proporcionar os valores sociais que serão incrustados em cada criança; já no ambiente escolar, educadores enfrentam o aspecto da agressão física quando essa vem à tona por diversos motivos, culminado na violência corporal: "(...) Pontapés, beliscões, murros, **mordidas**, chutes em partes delicadas do corpo, puxões nos cabelos, empurrões e tapas na cara, entre outros tipos de agressão, são atos que têm sido usados indiscriminadamente como estratégia de defesa e de ataque entre os pares, como expressão da inconformidade diante da frustração e de mal-estar quando algo ou alguém impede a satisfação de um imperativo pessoal e/ou como busca de solução de um conflito. É importante lembrar que a criança pequena naturalmente aprende a usar tal recurso para conseguir o que quer. Pais e professores com filhos de idade entre dois e três anos, mais ou menos, conhecem de perto a **mordida**. Sem ter ainda o recurso da linguagem, a criança usa o instrumento que tem – no caso, os dentes – para intervir no meio segundo os seus interesses. À medida que a criança cresce e adquire a linguagem, ela pode deixar de lado esse tipo de intervenção para usar a linguagem como instrumento de mediação e de negociação quando entra em situação de conflito. Entretanto, para tanto, é preciso haver a intervenção educativa."

(15/04/2004). Um bom exemplo da questão está registrado no depoimento de Ana Carolina, a mãe de Isabella Nardoni, esclarecendo que "(...) por vezes (...)", Isabella "(...) apresentava **mordidas**, pequenas marcas arroxeadas (...) [e] que o irmão Pietro lhe mordia (...)" (17/04/2008).

Quando falha a socialização, a mordida é empregada como recurso de ataque e defesa: "Crianças são acusadas de tortura: dois irmãos britânicos de 10 e 11 anos foram acusados de tentativa de homicídio e roubo pelo tribunal da criança de Doncaster, Reino Unido. As vítimas, de 9 e 11 anos, estão internadas. Ao se recusarem a entregar seus celulares e as cinco libras que traziam, foram agredidos com queimaduras de cigarro, facadas, **mordidas** e socos." (09/04/2009).

Casos de agressão envolvendo mordidas acontecem não só com as crianças, mas também com adultos que se confrontam fisicamente, usando a boca - os dentes - como arma de defesa e ataque. Em uma "*briga por espaço* (...)", na qual "(...) hippies sem-tetos (...)" entraram em confronto com militantes sem-teto em um hotel abandonado na região do Bexiga, "(...) os dois grupos de sem-teto entraram em confronto, com **mordidas** e pedradas, e houve feridos leves dos dois lados (...). Os militantes acusaram os sem-teto 'informais' de agressão. Os 'nóias' (sic) jogaram pedras na gente e uma delas até **mordeu**, contou a balconista de 23 anos, mostrando as marcas de dentes no polegar." (26/10/2004).

Há episódios em que a agressão implica o contato corporal estreito e envolve ambos os sexos; observa-se, porém, que a mordida aparece mais frequentemente como recurso de defesa nas situações nas quais as mulheres são agredidas: "*advogada é acusada de esbofetear recepcionista e **morder** um policial*", é o título

da notícia de 11/02/1995, segundo a qual a "(...) advogada de 55 anos, foi presa em flagrante na tarde de ontem sob a acusação de ter esbofeteado a recepcionista de seu escritório e **morder** e arranhar um policial militar. (...)". A mordida ocorreu quando o policial "(...) prendeu a advogada por desacato. Quando foi algemá-la, levou várias **mordidas** e chutes."

Até mesmo quando o contexto da desavença revela conotações políticas e acaba dando margem a um confronto corporal, as mordidas podem se manifestar. Veja-se a matéria que tem como título "*Guarda do PT enfrenta sem-teto do PSDB*": em uma manifestação política, "(...) os guardas agrediram alguns manifestantes com cassetetes, chutes e até mesmo **mordidas**, além de avançar com cachorros. (...)". (03/04/2002).

Quem não se recorda do episódio de uma aguardada luta de boxe, na qual dois lutadores famosos se enfrentaram, e, numa inusitada reação, um deles, furiosamente, mordeu a orelha do adversário, arrancando-lhe um bom pedaço? Lewis, "(...) campeão dos pesos-pesados do CMB (Conselho Mundial de Boxe) e FIB (Federação Internacional de Boxe), que no sábado defende os cinturões contra Mike Tyson nos EUA, afirma que não reagirá a qualquer atitude irregular do norte-americano. 'Mesmo que ele me **morda**, chute ou arranhe, vou mostrar que sou um ser humano melhor e não reagirei.' (...). O ex-campeão tem histórico de comportamento irregular, com golpes desferidos após o final dos assaltos, cotoveladas na sequência de golpes e o célebre episódio das **mordidas** nas orelhas de Evander Holyfield, quando chegou a tirar um pedaço de uma delas." (6/06/2002).

Na reportagem de 6/07/1997, “Mordedor erra alvo”, há mais esclarecimentos: “(...) O problema mais grave de uma **mordida** na orelha é a infecção, que pode ser causada por bactérias da boca. ‘A cartilagem não tem circulação. A infecção a destrói, porque ela não tem defesa’, diz o cirurgião-plástico Juarez Avelar. Antes de reconstruir a orelha dilacerada, espera-se a cicatrização (cerca de um mês). Depois, trata-se da infecção. Se grande parte da cartilagem foi perdida, é retirada uma costela para substituí-la. ‘Em geral, pegamos a oitava ou nona costela do lado direito, porque é larga, comprida e fica longe dos pulmões, não oferecendo riscos’, explica Avelar.

A costela é “esculpida” conforme o relevo da orelha, colocada no local e recoberta com a pele do pescoço. Mas se o segmento de cartilagem necessário for pequeno, aproveita-se a cartilagem da outra orelha, como no caso de Holyfield. (...)”. Ainda na mesma reportagem: “(...) sem embasamento científico, mas suficientemente furiosos, muitos agressores elegem a orelha como alvo preferencial para puxões, tapas e **mordidas** ferozes. Algumas vezes, descamba-se até para o canibalismo, em histórias dignas de Hannibal, the Cannibal, em ‘Silêncio dos Inocentes’. Segundo Juarez Avelar, cirurgião especialista em orelhas, são freqüentes os casos que levam à reconstrução do órgão. ‘São de 10 a 20 pacientes por ano no Brasil’, calcula ele (...)”. A reportagem também discorre sobre um caso de agressão ocorrido em João Pessoa (PB) em 1992: Maria de Lourdes flagra seu marido, José Martins, combinando um encontro com uma outra mulher, cujo nome é Creuza Ferreira da Costa. Maria de Lourdes decide, então, procurar por Creuza, e as duas se desentendem. “(...) Depois de alguns socos, elas caíram no chão e Creuza arrancou a orelha de Maria com uma **mordida**.”.

Outro fato relatado na mesma reportagem é o do motorista particular Vicente Antônio dos Santos, segundo ocorrência registrada em agosto de 1993, em São Vicente, SP. "(...) Dois catadores de papel, Celso Brasílio Costa e Hélio da Silva, passeavam bêbados pela ponte pênsil quando encontraram Vicente. Por não querer beber com os catadores, o motorista teve a orelha direita arrancada, que foi degustada pelos catadores canibais, junto com a pinga recusada (...). (...) No mundo da classe média, agressões desse tipo também acontecem. Em novembro de 92, a discussão por um bom lugar para assistir ao show de Marina e Daniela Mercury, no Palace, terminou em uma orelha decepada. Marcelo Orlandi, que estava na festa de final de ano de uma conhecida agência publicitária de São Paulo, entrou em uma briga com três homens por um lugar no camarote. Dois homens o seguraram e um terceiro arrancou a sua orelha a **dentadas** por trás. A orelha, que foi colocada em um copo de drinque com gelo, foi reemplantada. (sic)".

Fato semelhante ocorreu em Campos do Jordão, SP, envolvendo dois cadetes que se meteram numa confusão com seguranças de uma casa noturna: "(...) Na porta da danceteria, os dois (...)" [cadetes] "(...) foram agredidos com chutes por dez seguranças. Um dos cadetes teve o nariz quebrado. O outro tentou fugir, mas foi agarrado por seguranças. Ele teve a orelha esquerda arrancada a **dentadas**.(...)". (23/07/1999).

Uma cliente de um bar da Vila Madalena, SP, agrediu com "(...) um monte de **mordidas** (...)" o gerente porque "(...) 'precisava me defender'(...)". O motivo da confusão: uma conta de R$ 68,00, que a cliente achou exorbitante. (26/12/2001).

A mordida é vista como conduta animalesca, pois os seres humanos são portadores de cultura e usam a boca para a fala, comunicação, fonação, alimentação e demonstrações de afeto por meio de carícias e beijos. Veja-se também que a anatomia dos caninos proeminentes e pontiagudos (as "presas") relaciona-se ao mito do vampiro, figura associada ao Mal e à animalidade, que morde suas vítimas e suga seu sangue - alimento cru, não processado, não submetido à domesticação cultural.

Alguns jovens, portadores de imaginações fantasiosas, misturando fatos da realidade com os da ficção, acreditavam que uma seita poderia transformá-los em vampiros. Os pais desconfiaram das **mordidas** no pescoço e cortes nos punhos que os adolescentes apresentavam. O homem que aliciava os jovens se identificava como "Vlad" e agora é procurado pela polícia civil de Presidente Prudente, SP. A "(...) seita (...) prometia imortalidade e riqueza com a transformação de seus integrantes em 'vampiros'(...). Vlad Hacamia, 'vampiro', 'anjo' ou 'guardião de cemitérios', reunia às quintas-feiras, numa praça da cidade, um grupo de 15 adolescentes de 13 a 17 anos, de ambos os sexos, com objetivo de propagar a seita Legião de Salvadores do Mundo. A introdução à seita era feita pelo suspeito com **mordidas** no pescoço e cortes nos punhos dos adolescentes (...). Os jovens negam ter sofrido abuso sexual, mas disseram que, além de **morder** o pescoço, o suspeito chupava o sangue das crianças.(...)" (07/11/2007).

Já nos termos da reportagem de 28 de outubro de 2001, noticiam-se as mortes de garotos no Estado do Maranhão. "(...) A maioria dos garotos mortos -11 comprovados pelas própria 'autoridades policiais' – teve os órgãos sexuais extirpados, com requintes de bisturi, faca de mesa ou **dentadas**, segundo inquéritos

policiais e depoimentos de familiares das vítimas.(...) Há suspeita, sem a menor comprovação por parte da polícia e da Justiça, mas com divulgação intensa por parte dos poderes maranhenses, de que alguns dos meninos tenham sido sacrificados por encomenda de pessoas de seitas ligadas à magia negra, como se fossem bodes (...)".

Em 25 de novembro de 2002 uma reportagem discorre sobre a cultura do beijo, observando que o "(...) cientista Charles Darwin, em sua teoria da evolução das espécies, afirma que a origem dessa carícia é mais antiga: trata-se de uma sofisticação das **mordidas** que os macacos trocavam em seus rituais pré-sexuais. De alguma forma, cada cultura acolheu e desenvolveu a prática do beijo à sua maneira.(...)". Não muito distante parece se situar a mordida entre os *homo sapiens* durante intercursos sexuais e como meio de produzir dor: "(...) 35% dos homens e 26% das mulheres disseram usar a **mordida** como uma forma de produzir dor. Segundo o relatório Kinsey, de 1954 - um vasto estudo sobre o comportamento sexual do norte-americano -, 55% das mulheres e 50% dos homens afirmaram reagir eroticamente a **mordidas** (...)" (13/09/1998). Prosseguindo no mesmo tema, a reportagem, cujo título é "*Fantasia vale se for compartilhada*", de 16 de maio de 2005, descreve características de uma relação amorosa: "Tenho 25 anos e namoro uma garota de 19 anos que adora me **morder**, principalmente quando transamos. Ela quer que eu sinta prazer, mas não suporto a dor. Quanto mais tesão ela sente, mais ela me **morde**. Gosto dela, mas não agüento mais. Estou cheio de hematomas pelo corpo. O que fazer? (...)".

As mordidas podem ter uma conotação erótica, como assinalado acima, mas podem, também, ser um recurso de defesa (sobretudo quando se trata de ato sexual forçado): "Mulher arranca pênis de agressor a **dentada**. Uma mulher não-identificada arrancou o pênis de um homem que abusava sexualmente dela no Zimbábue (África). (...). Durante o ato, ela arrancou a **mordidas** o pênis do homem. Ele está no hospital." (21/06/1995).

E ainda há o polêmico caso relatado em 28 de outubro de 1995: "Confirmado 1º caso de AIDS por **mordida**", diz o título da reportagem: "Pesquisadores norte-americanos anunciaram ontem a confirmação do primeiro caso de transmissão de AIDS por **mordida**.(...) O caso relatado ocorreu em 1994, quando um homem de 91 anos (hoje com 92) foi infectado com o HIV por uma prostituta, que **mordeu** as mãos e pernas dele durante um assalto (...)".

Constata-se que casos de violência envolvendo mordidas não são raros, como mostram as reportagens a seguir: "*Casal é preso por bater na empregada*: a estudante universitária e inspetora de ensino Luciene Paula Felício, 32, e seu marido, Marcelo dos Reis Junior, 30, foram presos na noite de anteontem, depois que seus vizinhos chamaram a polícia ao ouvirem os gritos da doméstica Marlene Aparecida Santos Oliveira, 18, que estava apanhando do casal. Segundo a polícia, ela foi encontrada com cortes na cabeça, hematomas, **mordidas** pelo corpo e a camiseta manchada de sangue. Mineira, Oliveira trabalhou de graça como empregada doméstica do casal, que mora na Vila Matilde (zona leste), durante três anos. O casal foi indiciado sob acusação de redução à condição análoga de escravo e por lesão corporal." (09/12/2002).

Em alguns assaltos, as mordidas aparecem como expressão de violência física, como prática de tortura: "*Família é torturada por assaltantes em casa de alto padrão no Morumbi* (...). Segundo o dono da casa, um engenheiro civil de 52 anos, os ladrões o espancaram com **mordidas**, chutes, socos e coronhadas (...)". Nota-se que, além de usar objetos para agredir, o agressor ainda se utiliza de um "requinte" a mais: a mordida (17/08/2005).

Outra modalidade de crime envolvendo a agressão física é o sequestro, quando a vítima é mantida em cativeiro e torturada, sendo comuns os relatos de agressão. A reportagem de 11/11/2001 evoca o caso da "(...) multilação da orelha do músico Wellington Camargo, que chocou o país (...)" e traz o relato de um cirurgião plástico paulistano, que desde então já atendeu diversos outros casos. "(...) foram cortes a faca, tesoura ou **dentadas**. Além das marcas físicas, as vítimas carregam cicatrizes emocionais. A maioria sofre distúrbios por pelo menos três meses, dizem psiquiatras. Elas ficam com medo e mudam suas rotinas.(...)". O campo da Saúde Pública é o mais impactado pelos diversos tipos de agressão; recursos elevados são gastos com os tratamentos dessas vítimas, isso sem contar os dias de trabalho perdidos e a produção diminuída, acarretando expressivos prejuízos para toda a sociedade.

É bastante comum os casos de violência sexual envolverem mordidas. Veja-se, por exemplo, a ocorrência relatada pela reportagem de 30/09/2001, cujo título é: "*Vítima mata rapaz em tentativa de estupro*": "A operadora de caixa M.A.C.L., 31, rendida na rua quando saía para trabalhar, ontem de madrugada, matou o golpes de tijolo W.D.S.O., 17, que tentou estuprá-la na zona sul de São Paulo. Segundo a

polícia, a vítima, sob ameaça, foi levada a uma escola, onde lutou com ele. M. teve ferimentos no corpo, provocados por chutes, socos e **mordidas**, informou a polícia."

Um caso de enorme repercussão e que mereceu ampla cobertura da mídia na época em que ocorreu, foi o do "Maníaco do Parque", acusado de atacar e matar 9 mulheres em São Paulo, no Parque do Estado, zona sudeste. Esse caso reúne diversos dos aspectos dos tipos de agressão aqui considerados: o agressor, do sexo masculino, é um adulto jovem (30 anos). As vítimas, do sexo feminino, também jovens adultas. Mostra-se a relação de gênero: Masculino *versus* Feminino, portanto, assimétrica. Cabe também ressaltar que, por estarem as vítimas situadas em uma faixa etária em que se concentra a população economicamente ativa, foram elas agredidas em lugares públicos, e não em espaços privados, como nos casos de violência doméstica. O agressor atraía as vítimas com falsas promessas de empregos e as violentava sexualmente. Como provas que incriminam Francisco de Assis Pereira estão "(...) a confissão do réu, o RG da vítima (encontrado no cano de esgoto da empresa onde o motoboy trabalhava), a compatibilidade das marcas de **mordidas** no corpo de Selma com a arcada dentária de Pereira.(...)". (01/10/1999). A identificação por meio das marcas de mordidas cabe à Odontologia Legal, cuja atuação contribui para o esclarecimento dos casos de agressão envolvendo essas marcas, como será visto mais adiante.

**********

Essas notícias, tomadas como ponto de partida do presente trabalho, apontam e ilustram diferentes temas aqui abordados, a saber: episódios de agressão envolvendo torturas, mutilações e marcas de mordidas; os crimes sexuais praticados (estupro, exploração e abuso sexual); as relações assimétricas que caracterizam as diferenças entre agressores e vítimas (homens *versus* mulheres; adultos *versus* crianças); a condição de vulnerabilidade física e social das vítimas (sexo feminino e infantes); os locais em que ocorreram os atos agressivos (público *versus* privado); a mordida como recurso de ataque e defesa; os impactos provocados por esses episódios no sistema público de saúde; o relativo despreparo do aparato jurídico/policial quando se trata de acolher denúncias e tomar medidas cabíveis contra os agressores; as percepções distorcidas do senso-comum ("mulher se faz de difícil e gosta de apanhar"); a produção de laudos periciais; a contribuição do cirurgião-dentista para a identificação do agressor; a oposição "natureza" (boca/mordida = animalidade) *versus* "cultura" (boca/fala = humanidade), dentre outros.

## *3. COMPORTAMENTO HUMANO x COMPORTAMENTO ANIMAL*

As agressões que deixam "marcas" têm sido abordadas em diversas áreas do conhecimento, como a sociologia, a biologia, a antropologia e a psicologia. (KRISTENSEN et al., 2003). Porém, antes mesmo dessas disciplinas investigarem tal assunto, já se manifestavam preocupações com as "marcas", como se lê nos escritos bíblicos, quando, por exemplo, Jeová põe um sinal em Caim, marcando-o como o primeiro assassino da história. Mesmo para as marcas de nascença, há o ditado popular que adverte: "Se Deus te marcou, alguma coisa em ti achou". Este ditado é dirigido, de forma pejorativa, a mutilados ou corcundas, podendo se estender a portadores de outras marcas corporais, adquiridas ou inatas. Os nazistas, por sua vez, obrigavam os judeus a andar com a Estrela-de-Davi amarela fixada ao peito, tal como acontecera em diversas regiões européias durante a Idade Média. Já os que seguiam para os campos de trabalho forçado e extermínio tinham o braço tatuado com um número de identificação. Há, pois, uma relação entre marca física e estigmatização social.

Cabe aqui uma breve distinção entre os termos *agressão* e *violência.* Apesar de parecerem semelhantes, não designam, de forma exata, o mesmo fenômeno. Agressão (do latim *Agressione*) significa disposição para agredir, disposição para o encadeamento de condutas hostis e destrutivas (FERREIRA, 1999). Significa, ainda, ataque à integridade física ou moral de alguém ou ato de hostilidade e provocação (HOUAISS et al., 2001). Violência deriva do latim *Violentia*, significando a qualidade de violento, qualidade daquele que atua com força ou grande ímpeto, empregando a ação violenta, opressão ou tirania, ou mesmo qualquer força contra a

vontade, liberdade ou resistência de pessoa ou coisa. Pode significar, também, constrangimento físico ou moral exercido sobre alguma pessoa para obrigá-la a se submeter à vontade de outrem (FERREIRA, 1999). Violento, por sua vez, é um adjetivo, que indica aquilo que ocorre com uma força extrema ou uma enorme intensidade (KRISTENSEN et al., 2003).

Os etólogos estabelecem uma diferença entre comportamento predatório e comportamento agonístico. O primeiro caracteriza situações de ataques entre animais de diferentes espécies – em que um deles serve de alimento para outro –, ao passo que o comportamento agonístico refere-se a situações de lutas e ameaças entre indivíduos da mesma espécie (LORENZ, 1966).

KRISTENSEN et al. (2003) mencionam a agressão como um comportamento adaptativo, entendido como a utilização de força física ou verbal em reação a uma percepção de ameaça. Já a violência tomada como um comportamento não-adaptativo, consiste em uma agressão direcionada ao alvo errado, no lugar errado, no tempo errado e com intensidade errada.

O "instinto da agressão" é descrito por LORENZ (1966) não como um princípio diabólico dirigido à destruição e à morte, mas como um contribuinte da preservação e organização da vida. Dentre todas as lutas entre espécies diferentes, a função preservadora é ainda mais evidente na agressão intra-específica. Para LORENZ, as funções básicas do comportamento agressivo animal são reguladas pelos instintos de hierarquia, territorialidade e defesa da prole. Eles serão ativados ou inibidos de acordo com a situação em que o animal se encontra. Para LORENZ (1966), as pulsões agressivas são o resultado da "pressão da seleção intra-específica" (p. 253), que fez surgir no homem, há muito tempo atrás, uma certa dose deste

comportamento, para o qual ele não encontraria um escape adequado na sociedade atual.

Os exemplos mais extremados da crueldade humana são descritos como brutais ou bestiais, estando implícito, nesses adjetivos, que tais comportamentos são característicos de animais menos "evoluídos" e racionais do que nós.

A agressão defensiva no *Homo sapiens* ocorre como um tipo de resposta à percepção de uma situação de perigo ou ameaça, quando há um ataque realizado por predador ou por co-específico (KRISTENSEN et al., 2003).

Para alguns autores, a sexualidade da maioria dos seres humanos masculinos contém um elemento de agressividade – um desejo de subjugar; desta perspectiva, a sua importância biológica parece estar na necessidade de sobrepujar a resistência do objeto sexual por outros meios que não o processo de corte. Assim, o sadismo corresponderia a um componente agressivo do instinto sexual que se tornou independente e exagerado e, por deslocamento, usurpou a posição principal. (FREUD, 1949, p. 36). A agressão seria, pois, um impulso inato, natural e tão poderoso quanto o sexo, tornando-se necessária à sobrevivência. (STORR, 1970, p. 129).

Em espécies superiores de animais, incluindo os próprios humanos, o macho habitualmente é mais agressivo do que a fêmea. (STORR, 1970). Fêmeas, em geral, não lutam entre si por posição ou território, mas isso não significa que elas não possam ser agressivas. Em relação à defesa das crias, o potencial da agressividade feminina é despertada, e os caçadores e zoólogos sabem que é perigoso aproximar-se de qualquer fêmea com crias. (STORR, 1970).

Como espécie, o homem dispõe de poucos meios naturais de defesa ou ataque: a sua pele é fina e sensível quando comparada com os couros de outros mamíferos, e também necessita de vestimentas para se manter aquecido. Não possui chifres, as unhas não são fortes para servirem de garras, e seus dentes, mesmo bem adaptados para mastigação, são pequenos e por isso muito raramente eficazes como armas mortíferas. (STORR, 1970).

A "mansidão" do homem, evolutivamente selecionada, e que faz dele um animal mais predisposto à cooperação e à sociabilidade, teria sido estabelecida em razão do "(...) enfraquecimento anatômico de [suas] armas de luta corporal, que se vê na fraqueza atual das mandíbulas para a mordida agressiva, na diminuição dos caninos, no tamanho encurtado dos braços, na delicadeza das mãos e da pele sem cobertura de pêlos, na cicatrização lenta, na fragilidade do pescoço, na instabilidade da postura bípede para o impacto da luta corpo a corpo, na lentidão dos movimentos necessários para o confronto e na falta de força física." (RIBEIRO et al., 2009, p. 176).

Devido à complexidade de seu cérebro, o homem tem a capacidade de compensar a ausência de equipamento natural agressivo e defensivo mediante a invenção de armas. Muito provável é que a "(...) invenção de armas tenha precedido o *Homo sapiens,* e que a redução de tamanho dos formidáveis dentes caninos que caracterizavam nossos progenitores simiescos ocorreu porque essas armas naturais foram substituídas por artificiais. (...)" (STORR, 1970, p. 131).

A invenção e o desenvolvimento das armas têm interesse psicológico, pois há uma grande diferença emocional entre matar um inimigo à distância e tentar matá-lo em embate por contato direto, corpo-a-corpo. Mesmo "(...) se as lutas humanas

fossem limitadas a brigas e socos, ainda haveria morte de apreciável número de seres humanos (...)", pois se acredita que o homem superaria a operação das inibições naturais que impedem, por exemplo, que a maioria dos animais mate seus opositores derrotados. Como Lorenz observou, devido aos seus poucos recursos de armas naturais, os seres humanos necessitam de inibições contra agressão intra-específica, e, se os homens possuíssem presas ou chifres, haveria menores, e não maiores, chances de se matarem mutuamente. (STORR, 1970, p. 132).

O mesmo autor ainda salienta que a "(...) arma artificial é uma invenção por demais cerebral para ter providenciado salvaguardas adequadas contra ela. Não obstante, existem traços de mecanismos inibidores, porquanto muitos seres humanos têm horror a dar pontapés num inimigo caído ou mesmo sentirão pena e ajudarão um oponente ferido (...)" (STORR, 1970, p. 132), da mesma maneira que atacar ou atirar pelas costas é visto como um ato de covardia, pois não há possibilidade de defesa por parte da vítima. "Contudo, todos os traços desse comportamento decente desaparecem logo que se interpõe uma distância moderada entre os combatentes. Evidentemente, é verdade que a maioria dos pilotos de bombardeio não é melhor nem pior do que os outros homens. Se lhes dermos uma lata de gasolina e mandarmos que a despejem sobre uma criança de três anos e ponham fogo, a maioria provavelmente desobedecerá à ordem. Entretanto, ponha-se um homem decente num avião a algumas centenas de metros de altura sobre uma aldeia e, sem ser compungido, ele lançará explosivos poderosos, infligindo dor e ferimentos espantosos em homens, mulheres e crianças. A distância entre ele e as pessoas que bombardeia transforma-as num alvo impessoal, não sendo mais seres humanos, como

ele, com os quais ele possa se identificar". A distância, física ou psicológica, facilita a abstração. (STORR, 1970, p. 132).

## *4. MARCAS DE MORDIDAS E IDENTIFICAÇÃO*

Como já foi observado, os dentes podem ser usados para outras funções, ademais da alimentação e da fonação: como instrumentos de agressão, quando empregados no ataque e na defesa, gerando lesões frequentemente corto-contusas. Podem atuar de maneira suave ou violenta, amorosa ou odiosa e em diversas partes do corpo humano. É o caso, por exemplo, do comportamento dos sádicos, que deixam suas marcas de dentadas e mordeduras bem nítidas.

O próprio agressor (e não somente a vítima) pode apresentar marcas de mordidas e mordeduras, principalmente em casos de estrangulamento da vítima, quando esta tenta se libertar, acabando por morder as mãos do agressor ou, então, caso tenha sua boca tapada para impedi-la de gritar.

Pode-se perceber, desse modo, que marcas de dentadas e mordeduras são corriqueiramente empregadas nas perversões agressivas, atingindo órgãos genitais, nos crimes de origem sexual; mas também durante a luta, em uma situação de ataque e defesa, nas mais diversas modalidades de crimes, e até podem ajudar e/ou determinar em qual circunstância de ataque ou de defesa se achavam o autor e a vítima (de agressões pessoais físicas).

As marcas de mordidas aparecem basicamente de duas formas: quando é produzida vagarosamente, apresenta área equimótica no centro da lesão oriunda da sucção ou da pressão da língua, sendo mais comum em ataques sexuais. A outra forma diz respeito às marcas deixadas pelos dentes e acontecem mais em situações de ataque e defesa, com maiores ocorrências em casos de violência infantil e homicídios. (MARQUES et al., 2007).

Assim, nos casos de estupro, em que o agressor morde a vítima, certas anomalias dentárias são de fundamental importância para a identificação do criminoso.

Nessa medida, os arcos dentários são de grande valia para a solução de alguns problemas médico-legais, como na identificação de vítimas ou de criminosos, nas lesões apresentadas por um cadáver - quando os arcos dentários tenham funcionado como instrumento corto-contundente - ou, ainda, diante de marcas de mordidas, permitindo reconhecer se foram produzidas por humanos ou animais, e de qual espécie.

Na literatura, há indicação de dois tipos de feridas que o arco dentário pode produzir, se usado como instrumento contundente, como esclarece SILVA (1997), ou como instrumento cortocontundente (ARBENZ, 1959).

A possibilidade de se estabelecer identificações de criminosos é devida à individualidade da dentição e à singularidade da mordedura, quando estão claramente evidenciadas, já que essas marcas podem apresentar correspondência com as impressões dentais da vítima, do agressor ou do suspeito. Os elementos que caracterizam os arcos dentários são as cáries, anomalias, falhas, desgastes, fraturas de elementos dentais, depressões, vestígios de obturações, pontos de contatos etc. (DARUGE, 1982).

Há uma diferença entre reconhecimento e identificação. O primeiro pode ser entendido como uma identificação empírica, subjetiva e sem rigor científico. Já o segundo, é realizado por técnicos especializados ou, então, por profissionais com conhecimentos diferenciados e específicos na área biológica, como se dá na

identificação médico-legal ou odontolegal, em que se empregam numerosas técnicas e meios adequados para se chegar à identidade do indivíduo.

STEAGALL & SILVA, (1996) se baseiam em Araújo para definir identidade como um conjunto de caracteres que individualizam uma pessoa ou uma coisa; neste mesmo estudo, também se define a identificação como sendo o processo de reconhecimento técnico perante uma comparação de um conjunto de caracteres. GARCIA (1985) relata que a identificação bucodentária é feita por meio da comparação dos registros obtidos *ante-mortem* com aqueles conseguidos *post-mortem*.

No caso do odontolegista, o seu campo de atuação não se limita somente à realização de exames de vestígios dentais, mas abrange outras áreas, como a antropologia, genética, bioquímica, balística forense, tanatologia e traumatologia forense, radiologia, computação, prosopografia e mixagem de imagens, tudo com o respaldo da legislação federal pertinente.

Para que se possa adentrar um pouco mais a área da odontologia no que concerne às marcas de mordidas em um sentido mais amplo, e não apenas nas suas impressões deixadas em corpos humanos em suas diferentes partes e nas mais diversas situações, deve-se ter em mente algumas definições necessárias à compreensão de todo o campo em questão.

Como já foi assinalado, cada pessoa exibe uma singularidade no que diz respeito ao arco dental, que corresponde, portanto, a um meio de identificação que pode ocorrer, por exemplo, devido a uma distrofia e/ou anomalia. Assim, esclarecendo os conceitos, temos: distrofia designa um fenômeno (um distúrbio da nutrição), enquanto anomalia é a sua exteriorização, sua consequência, e ambas

apresentam interesse pericial, já que, a partir delas, há a possibilidade de reconhecimento de criminosos pelas marcas (impressões) dentais deixadas.

ARBENZ (1959), quando se refere aos arcos dentais, usa a definição de Monti, que, por sua vez, os define como o sendo um "conjunto dos dentes de cada maxila", e de grande valor na resolução de alguns problemas médico-legais, como na identificação de vítimas ou criminosos e até para se compreender lesões em um cadáver, já que os arcos dentais atuam como instrumentos corto-contundentes. O mesmo autor ainda afirma que a forma mais frequente do arco dentário é a elíptica, podendo apresentar também os formatos ovais ou circulares. (p.167)

Até agora, vimos que os dentes atuam como armas um tanto perigosas, como instrumentos de ataque e defesa, prestam-se à explicação da etiologia do crime, causam danos leves, graves, gravíssimos e mortais (como lesão corporal seguida de morte), que estão classificados no Artigo 129 e seus parágrafos do Código Penal.

Outro esclarecimento relevante é a diferenciação entre dentada e mordedura. A dentada é compreendida pelos sinais ou marcas deixadas pelos dentes; permite a identificação do seu autor e é considerada lesão corporal leve, enquadrada no "caput" do Art. 129 do Código Penal, e não tem grupos. É considerada um bom elemento para realização da identificação pericial do autor da lesão, pois deixa sinais delineados dos dentes do agressor, marcados na vítima de agressão. Sua lesão é a contusão.

Por outro lado, a mordedura é aquela que sempre dilacera, com maior ou menor intensidade, deixando ferida mais ou menos profunda, atingindo vasos sanguíneos, artérias, nervos, músculos ou podendo até atingir o osso, causando deformidades, debilidade permanente de membro, sentido ou função, sujeitando a

vítima à contaminação infecciosa, e pode até causar a morte. Sua ferida pode ser corto-contusa, lácero-contusa ou mortal, e é dividida em grupos.

SILVA, (1939) assim diferencia dentada de mordida: "na dentada ficam marcados apenas os dentes de uma das arcadas, superior ou inferior; na mordida encontramos sempre as impressões dos dentes de ambas as arcadas". Ferreira (1962 *apud* DARUGE, 1982, p. 8), de sua parte, observa: "por mordedura ou dentada entende-se a lesão produzida pelos dentes humanos ou de animais, no corpo, nas vestes de alguém, ou em substâncias alimentícias, frutas, etc.".

Já Porto (1976 *apud* DARUGE, 1982, p. 9) só se refere à dentada, e o "mais natural e mais comum é que fiquem as marcas dos dentes incisivos centrais até os caninos, sendo mais rara a apresentação dos pré-molares e raríssima a dos molares.".

Por outro lado, Reis (*apud* DARUGE, 1982), Ferreira (1962 apud DARUGE, 1982), Daruge & Santos (1965), Porto (1976 apud DARUGE, 1982), Daruge & Massini (1977), "referem-se a dentadas e mordeduras como sendo a mesma coisa", não apresentando, esses autores, qualquer distinção entre elas. (DARUGE, 1982, p. 43-44).

Pode-se concluir que, a mordedura é a ação mais intensa, variando de acordo com a violência da ação traumática, podendo dilacerar órgãos e arrancar partes do corpo, ocasionando, às vezes, até mesmo a morte. A mordedura pode variar de acordo com a superfície, se esta for plana ou curva (côncava ou convexa). Devido à dificuldade de ação do aparelho dentário sobre as superfícies côncavas, estas raramente são sujeitas às dentadas, diferentemente do que ocorre com as superfícies convexas, como nariz, orelhas, braços, seios, etc.

Para se investigar uma marca de mordida, há uma referência de grande importância: a localização da linha média dos arcos dentários, que pode indicar a posição da mordida e se a pressão mandibular foi uniforme ou maior em um dos hiemiarcos inferiores. O registro das marcas de mordidas na pele humana é usualmente feito por meio de fotografia, que tem a característica de registrar o dado momento, captar características, dimensões e dar noções da profundidade da ferida. Essa imagem é, então, o parâmetro para se comparar os arcos dentários do suspeito ou da vítima.

É evidente, portanto, que a participação de um cirurgião-dentista é relevante na colaboração para identificação dessas marcas, pois este profissional recorre a elementos dentais que podem individualizar determinada pessoa através das análises das marcas de mordidas produzidas nos mais variados lugares. Foi visto também que os diversos tipos de condições dos dentes (cárie, anomalia, falha, desgaste, fratura, depressões, vestígios de obturações, pontos de contato, forma anormal dos arcos incisivos, sinais de prognatismo etc.) são alguns dos elementos que ajudam a caracterizar e individualizar as dentadas de uma pessoa.

Numa situação denominada *síndrome da criança espancada* ou *mal-tratada*, por exemplo, é possível notar marcas de mordeduras, o que acarreta danos físicos e/ou psicológicos à vítima, sendo necessário que os cirurgiões-dentistas estejam atentos a essas marcas em sua anamnese e no exame clínico, já que, de acordo com Nunes (1961 *apud* DARUGE, 1982: 39), pode-se entender por lesão corporal "toda a ofensa à integridade física, mental ou fisiológica de alguém, de que resulte morte ou alteração ostensiva, temporária ou permanente, de um órgão ou suas funções".

## *5. VIOLÊNCIA E SEUS IMPACTOS NA SAÚDE PÚBLICA*

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência como "o uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação." (OMS, 2002, p. 5).

Em estudo realizado por SQUIZATTO et al., (2004) sobre vítimas de violência sexual, consta que na maioria dos ataques não foram utilizados instrumentos como armas ou outros objetos, sendo então provável que a força física do homem, além da intimidação pelo uso da violência psicológica, seja o fator determinante para anular a resistência das vítimas, que, na maioria das vezes, são adolescentes e mulheres adultas agredidas em espaços públicos, enquanto crianças são geralmente violentadas em espaços privados. As autoras mostram que, segundo estatísticas dos serviços de atendimento à violência sexual, mais de 90% dos crimes contra crianças e adolescentes são cometidos por pessoas próximas, relacionadas à família ou afetivamente à vítima (como pai, padrasto, tio, primo, avô ou vizinho).

A violência sexual é uma das formas de abuso mais frequente no contexto familiar (SQUIZATTO et al, 2004). As mesmas autoras mostram em seu estudo que as principais vítimas são meninas (92% do sexo feminino, contra apenas 8% do sexo masculino). Essa forma de abuso costuma ter como consequência a gravidez precoce de adolescentes e abortos clandestinos, abandono do lar pelas meninas e meninos e aumento do número de crianças vivendo nas ruas. Além disso, também produz impacto sobre a saúde das vítimas, tanto do ponto de vista físico quanto emocional,

exteriorizando-se a curto, médio e longo prazos. Do ponto de vista físico, os agravos devem ser observados em todas as áreas envolvidas nas práticas sexuais, como boca, mamas, genitais, região perineal, nádegas e ânus. As lesões podem se apresentar como hiperemia, edema, hematomas, escoriações, fissuras, rupturas, sangramentos, gravidez precoce e doenças sexualmente transmissíveis. (MINAYO, 2006).

Esse tipo de violência redunda em traumas físicos e psicológicos. O trauma físico genital ou de outras partes do corpo pode ou não estar presente, porque quando o agressor usa uma arma ou é muito mais forte do que a vítima, esta não tem como lhe opor resistência. (FAÚNDES et al., 2006). A propósito desta questão, TEIXEIRA (2004) assinala que maridos, companheiros e namorados reagem melhor quando as mulheres vitimadas por agressão sexual apresentam marcas físicas de violência, o que comprovaria, segundo eles, que elas resistiram ao agressor. Na ausência de sinais físicos de violência, tendem eles a pensar que houve passividade ou mesmo cumplicidade da vítima relativamente ao agressor.

Consequências na esfera psicológica podem se manifestar de diversas formas, já que cada mulher responde de maneira diversa à violência sexual [2]. Variados transtornos psicológicos são observados nestas mulheres, como depressão, ansiedade, fobias, uso de drogas ilícitas, tentativa de suicídio e as chamadas síndromes de estresse pós-traumático ou síndrome do trauma do estupro (FAÚNDES et al., 2006), culminando como demanda aos serviços de atenção à saúde mental, sobrecarregando o sistema público de saúde.

---

[2] São diversas as reações femininas às agressões sexuais, como se pode ver em Teixeira, 2004.

A violência sexual contra a mulher pode ser vista como uma das expressões da violência baseada no gênero e com origem no desequilíbrio de poder existente entre homens e mulheres [3], sendo reconhecida como um problema de direitos humanos pela ONU, e inclui também a violência emocional, física e sexual, apresentando as mais diversas consequências sobre a saúde física, mental e ginecológica da mulher. Infelizmente, a maior parte dos serviços de emergência não está preparada para prestar atendimento adequado às vítimas. O atendimento deve ser multi e interdisciplinar, incluindo anamnese e exame clínico cuidadosos, requerendo exames laboratoriais, tratamento das lesões físicas e da crise emocional, prevenção da gravidez e de doenças de transmissão sexual - HIV/AIDS inclusive - e com acompanhamento de pelo menos seis meses. (FAÚNDES et al., 2006).

Há uma estimativa brasileira de que pelo menos 35% das queixas levadas pelas mulheres aos serviços de saúde estejam associadas às agressões que sofrem, notadamente nas relações conjugais. Essas várias formas de opressão, de dominação e de crueldade incluem: assassinatos, estupros, abusos físicos, sexuais e emocionais, prostituição forçada, cárcere privado, mutilação genital, privações de todo tipo, violência racial e outras. Os algozes costumam ser parceiros, familiares, conhecidos, estranhos ou agentes do Estado. (MINAYO, 2006).

A aceitação social da violência baseada no gênero, no interior da família e fora dela, faz com que a mulher não a denuncie, o que leva ao relativo desconhecimento da real prevalência desta ocorrência. (FAÚNDES et al., 2006). Não é possível avaliar a prevalência da violência sexual a partir das estatísticas policiais

---

[3] A abordagem evolucionista avalia o estupro de outro ponto de vista, destacando, entre outros, a

ou de serviços de saúde que atendem estes casos, porque apenas um pequeno número das mulheres agredidas seja por constrangimento, seja em razão de ameaças ou temor de retaliações denuncia o fato ou procura atendimento especializado. (FAÚNDES et al., 2006). Ou seja, as ocorrências são subnotificadas.

Faúndes et al., 2006, afirmam que, embora qualquer mulher possa ser vítima de violência sexual, há evidências de que as mulheres mais jovens e as adolescentes enfrentam risco mais elevado de sofrer este tipo de agressão, especialmente se elas vivem apenas com um dos pais ou padrasto.

A identidade do agressor varia de acordo com estatísticas da polícia ou dos serviços de saúde, quando comparadas com estudos de população. Nas primeiras, há franco predomínio de desconhecidos, ao passo que nos segundos, na expressiva maioria das vezes, os agressores são conhecidos ou membros da própria família. Esta diferença mostra que quando o agressor é pessoa próxima à mulher agredida, ela se inibe em denunciar a violência sofrida e em pedir ajuda aos serviços de saúde. (FAÚNDES et al., 2006).

Na atualidade, e em quase todos os países, o cuidado dirigido às mulheres vitimadas pela violência sexual fica sob a responsabilidade da polícia ou de serviços de emergência, que habitualmente não estão preparados para responder às necessidades destas mulheres. Mais grave ainda é a atitude enviesada dos policiais e dos provedores de serviços de saúde, que tendem a culpar a vítima, desestimulando as mulheres violentadas de pedir ajuda ou a denunciar o agressor. (FAÚNDES et al., 2006). Usualmente, ouvem-se frases preconceituosas, tais como “o homem não gosta

---

questão mais geral do êxito reprodutivo. Ver Teixeira, 2004.

de bater na mulher, é a mulher que gosta de apanhar", "às vezes, dar uns tapas é uma forma de educar", ou, então, "o homem pode não saber porque está batendo, mas a mulher sabe porque está apanhando", reforçando o lugar-comum de que as mulheres estão socialmente mais predispostas a sofrer esse tipo de violência porque "gostam de apanhar".

A gravidez resultante de estupro é quase sempre extremamente rejeitada pela mulher, terminando, portanto, frequentemente em aborto. Isto pode ter reduzidos impactos para a saúde em países onde o aborto é legal e os serviços de qualidade são de fácil acesso, mas tem graves consequências nos países cujas leis são restritivas e nos quais o aborto seguro não é acessível, mesmo naqueles casos excepcionais previstos em lei, como acontece até hoje no Brasil. Dada a rejeição absoluta da gravidez por parte da maioria das grávidas por estupro, elas precisam recorrer ao aborto clandestino, que será de elevado risco para aquelas desprovidas de meios econômicos, expondo-as desnecessariamente a complicações graves e, não raramente, à morte. (FAÚNDES et al., 2006). Do ponto de vista dos gastos, é muito difícil estimar os custos para os serviços de saúde e para a sociedade com um todo.

Marcas de mordidas (um tipo de trauma físico) corriqueiramente estão presentes nestes casos, já que, em tal modalidade de ataque, é imprescindível que haja um contato físico estreito entre vítima e agressor, propiciando formas de agressão como um "ato animal" de mordida, de marcar o corpo da vítima, como se marca um território, e também como forma de defesa, pois a boca aparece como a única e última arma de que a vítima dispõe para se defender e tentar se libertar do agressor.

Alguns serviços desempenham um papel de grande importância na identificação dos casos de violência e, principalmente, de violência sexual intra-familiar (violência doméstica). Entre estes serviços pode-se mencionar o Programa Saúde da Família - PSF -, que mantém contato com as vítimas e faz visitas frequentes às residências de uma determinada região, dispondo assim de melhores condições para compreender e visualizar a dinâmica familiar e identificar as situações de violência e, em especial, a violência sexual intra-familiar contra crianças e adolescentes.

Tanto a área da saúde como a de segurança e a de educação podem e devem trabalhar em conjunto, devido à proximidade e o vínculo de confiança que se estabelece entre os agentes desta última e as crianças e adolescentes, podendo os educadores desempenhar papel relevante na identificação de situações de violência que afetam os alunos.

A violência gera muitos danos, já que provoca lesões, estigmas, deformações, traumas físicos, emocionais e, em alguns casos, até mortes (lembrando que as vítimas se apresentam primeiramente nos serviços de saúde para obtenção dos primeiros socorros), acarretando também traumas mentais nas vítimas e em seus familiares. Isso tudo corresponde a custos elevados, emocionais e sociais, além de aparatos necessários de segurança pública. Custos econômicos também têm a sua devida importância, pois há os dias de ausência no trabalho e, por consequência, queda de produtividade. Como custo social, a violência compromete a qualidade de vida das pessoas.

Para o sistema de assistência à saúde propriamente dito, as consequências da violência, dentre outros aspectos, produzem gastos elevados, investimentos em estruturas pré-hospitalares, emergência, assistência e reabilitação, processos muito

mais dispendiosos que a maioria dos procedimentos médicos convencionais. Exige também uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde, colocando novos problemas para o atendimento médico preventivo ou curativo, exigindo uma atuação mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, inter-setorial. Segundo o médico sanitarista Saul Franco Agudelo (1990, p. 6 *apud* MINAYO, 2006): "a violência representa um risco para a realização do processo vital humano: ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima." Do ponto de vista clínico, os agravos provocados por maus-tratos físicos são frequentes e evidentes na pele, nas mucosas, no esqueleto, no sistema nervoso central, no tórax e no abdomen. As lesões cutâneo-mucosas podem ser devidas a golpes, queimaduras, arrancamento de dentes e de cabelos, mordidas e ao uso de armas brancas ou de fogo. Essas lesões vão desde hiperemia, escoriações, equimoses e hematomas, até queimaduras de terceiro grau. É preciso assinalar que também estigmatizam as vítimas, seja porque passam elas a estampar no rosto e no corpo as marcas das agressões sofridas, seja pelas profundas marcas emocionais que causam, comprometendo por isso a normalidade das interações sociais.

O protocolo do Ministério da Saúde que trata da "Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual" determina que os serviços de saúde tenham sempre disponíveis métodos para a interrupção da gravidez em caso de estupro, como previsto pela Política Nacional de Segurança Pública e Política Nacional para as Mulheres.

A ONU define violência de gênero como "qualquer ato de violência baseado no gênero que resulte ou possa resultar em dano ou sofrimento físico, sexual ou

psicológico a uma mulher, incluindo ameaça de tais atos, coerção, privação arbitrária da liberdade, seja no âmbito público ou privado". (FAÚNDES et al., 2006).

O reconhecimento público do problema tem suscitado a proposição de soluções que vêm recebendo apoio internacional, particularmente nas Conferências do Cairo (1994) e Beijing (1995). (FAÚNDES et al., 2006).

No artigo "Basta à violência contra as mulheres" (Folha de S. Paulo, 16/07/2010, p. A3), Rebecca Reichmann Tavares, representante do Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (Unifem Brasil – Cone Sul), estima que 45% das mulheres da América Latina e Caribe já sofreram algum tipo de ameaça por companheiros e ex-companheiros. Segundo a autora, é comum haver a desqualificação dos relatos dessas vítimas com vistas à redução da gravidade do ato criminoso de violência, seja esta física, moral, patrimonial ou psicológica. A vulnerabilidade das mulheres decorre da inoperância de mecanismos do Estado, que não conseguem assegurar proteção às vítimas femininas de violência. Tavares relata, ainda, que o "Mapa da Violência 2010" elaborado pelo Instituto Sangari registra a média de 10 assassinatos diários de mulheres no Brasil entre 1977 e 2007.

A mesma Folha de S. Paulo (06/08/2010, p. C5) noticia um expressivo aumento dos atendimentos realizados por meio do "Ligue 180, Central de Atendimento à Mulher" (Governo Federal), que recebe denúncias de violência contra a mulher, informa sobre a Lei Maria da Penha, aponta os locais de atendimento mais próximos e, nos casos de maior gravidade, aciona a polícia e o Ministério Público. Criada em 2005, a Central realizou em 2006 41 mil atendimentos. No primeiro semestre de 2010 os atendimentos mais que dobraram em relação a igual período de 2009, aproximando-se de 343.100.

Na reportagem "Justiça, o grande alvo das críticas"[4] (*Brasil de Fato*), representantes de entidades que se ocupam da defesa de mulheres agredidas e ameaçadas argumentam que há uma percepção generalizada entre elas de que o assunto ainda não é levado a sério pelo poder judiciário. A representante da "Sempreviva Organização Feminista" (SOF, menciona um levantamento do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), publicado em março de 2009, segundo o qual dos processos sentenciados com base na Lei Maria da Penha que chegara até o fim, apenas 2% resultaram em algum tipo de condenação do agressor.

A mesma edição de *Brasil de Fato* estampa um box, "Violência em números", esclarecendo que 69% das mulheres que recorrem ao número 180 são agredidas diariamente. A maioria delas é constituída de negras, situadas na faixa etária entre 20 e 40 anos e casadas ou em união estável. Por fim, assinala que 56% das pessoas não confia nos serviços de proteção jurídica e policial para mulheres agredidas.

Vistas todas as multi-dimensões dos diversos tipos de violência e sua multi-setorialidade, há programas destinados ao controle e redução dessas agressões. De acordo sobretudo com Minayo (2006), os principais seriam:

- O tema dos maus-tratos contra idosos foi pela primeira vez nomeado em um periódico inglês em 1975, por meio da categoria "espancamento de avós" (MINAYO, 2006).

- PAISAM: Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, promulgado em 1983. Incorpora de forma clara a pauta dos direitos sexuais e reprodutivos, em

---

[4] Cf. *Brasil de Fato,* edição de 22 a 28 de abril de 2010.

que a reflexão sobre a violência de gênero ocupa lugar de destaque, (MINAYO, 2006).

- Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA): promulgado em 1990, (MINAYO, 2006).

- Ministério da Saúde do Brasil: elaborou a portaria MS/GM nº737 de 16/05/2001, um documento da política nacional de redução da morbi-mortalidade por acidentes e violências: "consideram-se como violências, ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam danos físicos, emocionais e espirituais a si próprios e aos outros" (BRASIL, 2001, p.7 *apud* MINAYO, 2006).

- Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-juvenil de 2002: foi feito um diagnóstico da situação e de como se criam condições para defesa de direitos das crianças e adolescentes vítimas, da responsabilização dos pais e cuidadores responsáveis, de normas de atendimento e de prevenção. (MINAYO, 2006).

- O relatório mundial da OMS (2002 *apud* MINAYO, 2006), que descreve os tipos de violência e categoriza o fenômeno a partir de suas manifestações empíricas: violência dirigida da pessoa contra si mesma (auto-infligidas), violência interpessoal e violência coletiva.

As violências auto-infligidas são os comportamentos suicidas e os auto-abusos (multilações); violências interpessoais (ou intrafamiliar) icluem as várias formas de agressão contra crianças, contra a mulher ou o homem e contra os idosos no âmbito doméstico; a comunitária, que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos e desconhecidos. Violência juvenil, agressões físicas, estupros, ataques sexuais e, inclusive, a violência institucional que ocorre, por exemplo, em locais de

trabalho, prisões e asilos. Violências coletivas que, do ponto de vista social, incluem os crimes de multidões.

No ano de 2004 foi lançada a política nacional de direitos sexuais e de direitos reprodutivos e um plano de ação que contempla o período de 2004 a 2007, aprofundando as proposições do PAISAM. O Ministério da Saúde estabeleceu como meta ampliar o número dos serviços de atenção às mulheres e às adolescentes expostas à violência nos municípios-polo de microrregiões, apoiando-se na organização de redes integradas. (MINAYO, 2006).

Merece registro o Centro de Saúde Escola Geraldo Horácio de Paula Souza da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo, que desenvolve o Programa de Atenção à Violência Sexual (PAVAS), com atendimento médico para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, sem se descuidar do acompanhamento de seus familiares.

Por fim, em razão da profunda relação entre violência e saúde pública, faz-se necessária uma assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de agressões, buscando uma articulação do setor saúde com as áreas jurídicas e de segurança, desde os programas de atenção básica, como o de saúde da família, até os serviços ambulatoriais, emergenciais e hospitalares.

Dadas as múltiplas consequências da violência sexual, o atendimento à vítima requer a participação de uma equipe multidisciplinar. O exame físico tem o duplo propósito de obter as provas de que necessita o sistema judicial e identificar as lesões que requerem tratamento. Deve incluir o tratamento das lesões físicas que possam estar presentes e a prevenção de gravidez e de doenças de transmissão sexual. É preciso, também, oferecer tratamento psicológico a estas mulheres pelo tempo que

for necessário. (FAÚNDES et al., 2006). Vê-se, portanto, que todos os aspectos abordados até aqui justificam plenamente o estudo do tema em pauta, concedendo-se a devida importância às questões pertinentes à educação, saúde e à segurança públicas.

## *6. PROBLEMA*

Este trabalho apresenta um estudo a respeito de comportamentos agressivos envolvendo mordidas, nas quais mulheres e crianças aparecem como as principais vítimas, embora estas recorram também às mordidas como recurso de defesa, por se tratar de ocorrências nas quais há contato físico entre o agressor e vítima. Violência doméstica, estupros e abusos sexuais costumavam ter menor repercussão quando comparados com casos percebidos como mais "graves" (homicídios, por exemplo), mas provocam fortes impactos nos domínios psicológico, familiar, social e também no sistema de saúde, e têm recebido uma maior atenção. Uma avaliação da extensão destes impactos constitui um estudo afeito à saúde pública, requerendo a atuação do cirurgião-dentista para os procedimentos periciais de reconhecimento e identificação.

Na medida em que se encontram em condição de maior vulnerabilidade física e social, mulheres e crianças têm menores chances de se defender quando agredidas, o que faz delas as principais vítimas das formas de violência já assinaladas, envolvendo mordidas. Neste estudo, considera-se que em situação de vulnerabilidade encontra-se aquele mais "suscetível de ser ferido, ofendido ou tocado" (LAROUSSE, 1999).

O dimorfismo sexual de nossa espécie faz os homens maiores e mais fortes que as mulheres, e por isso elas geralmente não são capazes de contê-los por meio da força física. Além do mais, um expressivo número de mulheres é, parcial ou inteiramente, dependente dos homens para a obtenção dos seus meios de vida e proteção da prole, visto que elas têm renda menor, são mais afetadas pelo desemprego, enfrentam preconceitos, dupla jornada de trabalho e discriminação, e

ainda ocupam posições de menor prestígio e poder. Tudo isso contribui para que sejam elas e as crianças os segmentos mais desprotegidos e vulneráveis da população.

Os episódios agressivos envolvendo homens adultos (simétricos) costumam ocorrer em espaços "impessoais", públicos ("homem que é homem não leva desaforo para casa"), ao passo que as modalidades de agressão em que mulheres e crianças aparecem como vítimas (assimétricas) são mais frequentes no contexto familiar ("em briga de marido e mulher não se mete a colher", "o homem pode não saber porque está batendo, mas a mulher sabe porque está apanhando", "essa criança precisa de um corretivo").

Como dificilmente conseguem manter o agressor fisicamente afastado, mulheres e crianças também recorrem às mordidas como forma de defesa. Entretanto, as mordidas são consideradas um recurso típico de animais e crianças (imaturos, inferiores e incapazes), e por isso não são muito valorizadas, o que expressa e reforça a condição de vulnerabilidade em que se encontram parcelas expressivas da população feminina e infantil.

Essa desconsideração/desqualificação contribui para que a referida condição de vulnerabilidade seja subestimada e reforçada, o que também dificulta uma avaliação adequada de seus impactos psicológicos, familiares e sociais, e de suas amplas repercussões no âmbito do sistema de saúde.

Neste contexto, adquirem importância os já mencionados procedimentos de reconhecimento e identificação a partir das marcas de mordida, que exigem a atuação do cirurgião-dentista com seus conhecimentos especializados.

Muito raramente a mordida pode ser letal, mas os danos e as deformações causados na boca e na face acabam, muitas vezes, comprometendo a fala, a fonação e a alimentação, o que prejudica o convívio social, já que os homens se comunicam por meio da fala. E as marcas estampadas na face estigmatizam as vítimas, privando-as de auto-estima e restringindo suas possibilidades de convívio, atuação social e profissional.

## *7. OBJETIVOS*

O trabalho tem como objetivo:

a) identificar e estudar episódios agressivos, sobretudo os que envolvem mordidas e suas marcas;

b) identificar o sexo, a idade da vítima e/ou do agressor;

c) destacar a vulnerabilidade de mulheres e crianças nestes episódios.

## *8. UNIVERSO PRINCIPAL DA PESQUISA*

Os dados quantificados foram levantados no Instituto Médico Legal/ Sede da Cidade de São Paulo, SP, mais especificamente no Núcleo de Odontologia Legal (NOL). As informações são pertinentes aos anos de 2000 ao primeiro semestre de 2009, a partir de 1502 ocorrências ali registradas.

Foram considerados apenas os Relatórios Odonto-Legais (ROL) realizados por meios de exames diretos (corporais) ou indiretos (por meios de imagens), sob a responsabilidade dos profissionais que compõem uma equipe especializada em perícias odontológicas.

A perícia mais frequentemente realizada no Núcleo de Odontologia Legal (NOL) ademais das marcas de mordidas, é o exame de corpo de delito em vitimas de lesões corporais que apresentam danos no complexo maxilomandibular, cujo relatório faz parte de um documento maior que tem por objetivo emitir um parecer que dará respaldo técnico-científico aos trâmites jurídicos.[5]

Cabe aqui salientar que, como o Núcleo de Odontologia Legal se situa no IML/Sede, localizado na região centro-oeste da cidade, em seu centro expandido, muitas das vítimas de lesões corporais que foram examinadas em outros postos do IML e que apresentavam comprometimento da região maxilomandibular (necessitanto, portanto, da perícia odontológica) não se deslocam até lá para a realização do exame odontológico, devido, muitas vezes, a problemas de transporte,

---

[5] De acordo com informações prestadas pelo Dr. Eduardo de Menezes Gomes, Perito Criminal do IML/Sede – Cirurgião-Dentista.

escassez de recursos e também porque não querem se ausentar do trabalho. Por isso os dados disponíveis não correspondem ao número real de vítimas.

Essas vítimas foram atendidas no Núcleo de Odontologia Legal do Instituto médico Legal da Cidade de São Paulo, Sede, dos anos de 2000 ao primeiro semestre de 2009. Portanto, foram verificados os exames realizados analisando-se a distribuição dos casos em relação ao sexo, idade, etiologia da agressão.

Na cidade de São Paulo, o IML mantém cinco postos de atendimento: regiões Norte, Sul, Leste, Oeste e Central. Os dados analisados foram coletados no IML/NOL Sede, localizado na Av. Enéas Carvalho de Aguiar, 600 – Cerqueira César – São Paulo/SP.

Tratava-se, portanto, de levantar dados já existentes, organizá-los e interpretá-los à luz dos problemas, hipóteses e fundamentação teórica que orientam este trabalho. Serão considerados, entre outras, as seguintes informações: sexo, idade, o tipo de agressão sofrida, identificação e reconhecimento, quando possível, dos agressores por meio de marcas de mordidas e se houve marcas deixadas neles pelas vítimas.[6]

[6] Quando há a possibilidade de se examinar um possível agressor, o exame deve ser realizado para excluir e/ou indicar a autoria do delito.

## *9. METODOLOGIA: PESQUISA DOCUMENTAL E BIBLIOGRÁFICA*

### *9.1 Fontes*

Para a realização do trabalho, recorreu-se principalmente às seguintes fontes:

- literatura técnica e acadêmica especializada (livros, artigos em periódicos, obras de referência, comunicações etc.), procedente de diversos campos do conhecimento: odontologia, saúde pública, ciências sociais, psicologia etc.

- Relatórios Odonto-Legais elaborados pelo Núcleo de Odontologia Legal do Instituto Médico Legal/Sede, organizados em um arquivo que começou a ser digitalizado no ano 2000.

- Arquivo digitalizado das edições da Folha de S. Paulo a partir de 1994 e disponíveis no site http:www1.folha.uol.com.br/arquivos

- Matérias jornalísticas em geral produzidas pela grande imprensa.

- Imagens ilustrativas disponíveis no site "Google imagens".

### *9.2 Procedimentos Metodológicos*

O levantamento da literatura especializada foi realizado mediante pesquisa bibliográfica (base Lilacs-bireme).

No que diz respeito ao arquivo digitalizado da Folha de S.Paulo, o acesso se deu em 14 de abril de 2010, mediante pesquisa pela internet, empregando-se duas palavras-chave: *mordidas e dentadas.*

A busca de imagens ilustrativas disponíveis no "Google imagens" foi feita em 04 de setembro de 2010, a partir da palavra-chave *marcas de mordidas*.

Os dados levantados no arquivo do IML/Sede foram sistematizados segundo uma adaptação das categorias existentes na "Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde" (CID-10) (Vide Anexo 14.2).

As modalidades de agressão foram classificadas em grupos, adaptados segundo a classificação da CID-10, disponível no site do Ministério da Saúde – Departamento de Informática do SUS: página htpp://www2.datasus.gov.br/DATASUS/índex.php?area=040203

A Classificação em questão padroniza e cataloga doenças e os problemas relacionados à saúde. A Nomenclatura Internacional de Doenças é a estabelecida pela Organização Mundial da Saúde.

As informações obtidas no Instituto Médico Legal (IML/Sede) resultam da análise de 1502 ocorrências examinadas e apresentadas nos Relatórios Odonto-Legais, todos eles, segundo os critérios do próprio IML, avaliando ocorrências de "agressão". Esses Relatórios, convém lembrar, fazem parte de Laudos Médico-Legais elaborados pelo referido Instituto e são incorporados a inquéritos policiais e processos judiciais.

Os Relatórios estão organizados num arquivo digitalizado, instalado no Instituto a partir de 2000. Portanto, a pesquisa envolveu as informações produzidas pelo Núcleo de Odontologia Legal, disponibilizadas desde o início do ano 2000 até o primeiro semestre de 2009, quando o levantamento foi encerrado.

As 1502 ocorrências examinadas e apresentadas nos Relatórios Odonto-Legais descrevem modalidades de agressão. Nem sempre, entretanto, esclarecem

como se deu o episódio agressivo. Sendo assim, na medida do possível, essas 1502 ocorrências examinadas estão subdivididas, neste trabalho, para fins de análise, em três grandes categorias:

**1. Agressão física:** quando a agressão não envolveu o emprego de objetos/instrumentos, mas foi consumada por meio de tapas, mordeduras, pontapés, socos etc.

**2. Agressão mediante o uso de objetos/instrumentos:** nesta categoria os relatórios explicitam o tipo de objeto/instrumento empregado na agressão.

**3. Agressão (indeterminada):** as ocorrências cujos Relatórios Odonto-Legais não esclarecem se houve ou não emprego de objetos/instrumentos ou se aconteceram por meio de contato físico direto.

A categoria 1 foi subdividida em três subcategorias, adaptadas a partir da classificação estabelecida pela CID:

**1.1. Força corporal:** envolve briga ou luta desarmada

**1.2. Agressão sexual:** inclui estupro, tentativa de estupro e sodomia ou tentativa de sodomia.

**1.3. Outras síndromes de maus-tratos:** abuso sexual, crueldade mental, sevícias físicas, tortura e violência doméstica.

A categoria 2, por sua vez, foi subdividida em cinco subcategorias, adptando-se, do mesmo modo, a classificação estabelecida pela CID. São elas:

**2.1. Projétil ou arma de fogo**

**2.2. Objeto cortante ou penetrante:** agressão por meio de armas brancas

**2.3. Agressão por meio de objeto contundente:** emprego de porretes, pedaços de madeira ou metal, mesas etc.

**2.4. Agressão por meios especificados:** quando há o emprego de estilingue, sacolas, bolsas etc. Nesta subcategoria incluem-se as agressões por meio de mordida(s).

**2.5. Agressão por meios não especificados:** não há menção aos objetos empregados nem tampouco se houve agressão do tipo "física".

*9.3. Procedimentos Éticos:*

Os procedimentos éticos observados neste trabalho são os que foram aprovados pelo comitê de ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e do Próprio Instituto Médico Legal, como se pode ver no Anexo 14.3.

## *10. RESULTADOS*

No universo de informações constantes do arquivo digitalizado do IML/Sede, restrito aos Relatórios Odonto-Legais, os números pertinentes às ocorrências envolvendo marcas de mordida foram obtidos mediante o cômputo de casos que aparecem na subcategoria 2.4 ("agressão por meios especificados"), e os números relativos à violência doméstica, por sua vez, figuram na subcategoria 1.3 ("outras síndromes de maus-tratos").

Convém esclarecer também que em diversos das 1502 ocorrências examinadas e presentes nos Relatórios Odonto-Legais há respostas múltiplas, isto é, registro de duas ou mais modalidades de agressão relatadas. Exemplo: em um desses Relatórios consta que a vítima sofreu estupro e também apresentava marcas de mordidas – portanto, ocorrência de duas diferentes modalidades de agressão, que assim foram consideradas.

## 10.1 Modalidades de Agressão

Considerando-se todas as categorias acima descritas, verifica-se que agressão envolvendo projétil ou arma de fogo (subcategoria 2.1) reúne 61 ocorrências. São apenas 2 os casos envolvendo agressão por meio de objeto cortante ou penetrante (subcategoria 2.2). Já os casos de agressão por meio de objeto contundente (subcategoria 2.3) somam 93 ocorrências, enquanto os episódios enquadrados na subcategoria 1.1 ("força corporal") chegam a 705 ocorrências. As agressões de natureza sexual (subcategoria 1.2) representam 14 ocorrências. Na subcategoria 1.3 ("outras síndromes dos maus tratos", em que foram computados os casos de violência doméstica) figuram 12 ocorrências. As agressões por meios especificados (subcategoria 2.4) somam 47 ocorrências. De outro lado, as agressões por meios não especificados (subcategoria 2.5) chegam a 568 ocorrências.

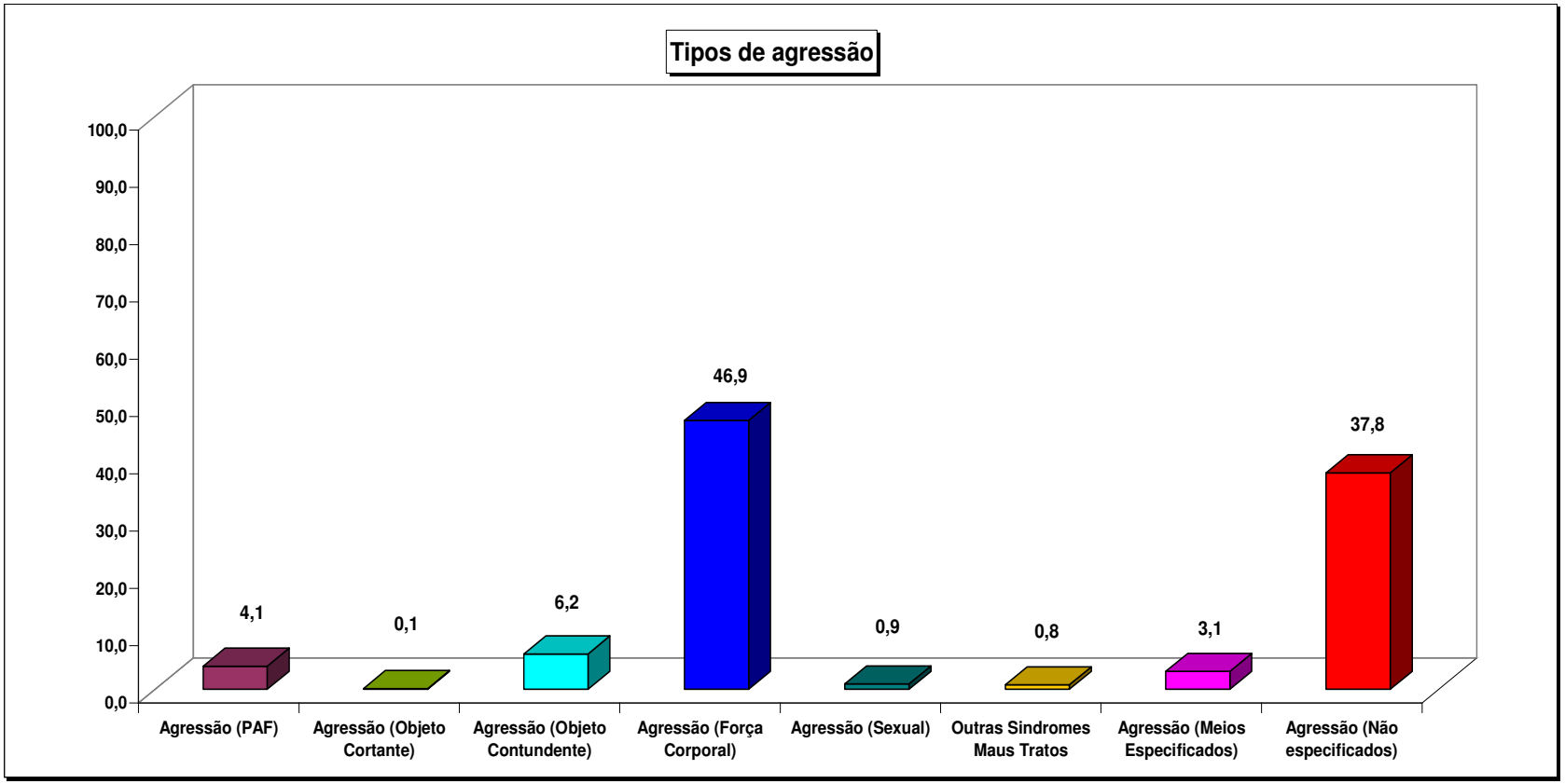
A Tabela 1 sintetiza os números acima descritos, e se pode visualizá-los, bem como as porcentagens obtidas, através da Figura 1.

Tabela 1. Total de modalidades de agressão no período de 2000 ao 1º semestre de 2009.

| **Tipos de Agressões** | **Total** |
|---|---|
| Agressão (PAF) | 61 |
| Agressão (Objeto Cortante) | 2 |
| Agressão (Objeto Contundente) | 93 |
| Agressão (Força Corporal) | 705 |
| Agressão (Sexual) | 14 |
| Outras Sindromes dos Maus Tratos | 12 |
| Agressão (Meios Especificados) | 47 |
| Agressão (Não especificados) | 568 |
| **Total** | **1502** |

Fonte: Relatórios Odonto-Legais do NOL/IML Sede.

Figura 1. Porcentagem de modalidades de agressão no período de 2000 ao 1º semestre de 2009




Fonte: Relatórios Odonto-Legais do NOL/IML Sede.

## 10.2 Modalidades de agressão segundo o gênero

As agressões levadas a cabo mediante projétil de arma de fogo (subcategoria 2.1) totalizaram 61 ocorrências, vitimando 50 indivíduos do sexo masculino e 11 do feminino.

Agressões envolvendo objeto cortante ou penetrante (subcategoria 2.2) vitimaram igualmente os dois sexos, com uma ocorrência para cada um deles.

Já as agressões catalogadas na subcategoria 2.3 (por meio de objeto contundente) totalizaram 93 ocorrências, 55 das quais vitimando indivíduos do sexo masculino e 38 do feminino.

Agressões do tipo "força corporal" (subcategoria 1.1.) totalizaram 705 ocorrências, das quais 445 vitimaram indivíduos do sexo masculino, 259 do feminino e uma ocorrência na qual o sexo não foi especificado.

Na subcategoria 1.2 (agressão sexual) apareceram 14 ocorrências, sendo que 9 atingiram o sexo feminino, 4 o masculino e uma com o sexo não especificado.

Em "outras síndromes dos maus-tratos" (subcategoria 1.3, em que estão computadas as violências domésticas) encontra-se um total de 12 ocorrências, 9 das quais atingindo indivíduos do sexo feminino e 3 do masculino.

As agressões "por meio especificados" (subcategoria 2.4, na qual se encontram os casos de mordidas) somaram 47 ocorrências, 19 delas vitimando indivíduos do sexo masculino, 26 do feminino e 2 com sexo não especificado.

Na subcategoria 2.5 ("outros meios não especificados") apareceram 568 ocorrências, 348 delas atingindo indivíduos do sexo masculino e 220 do feminino.

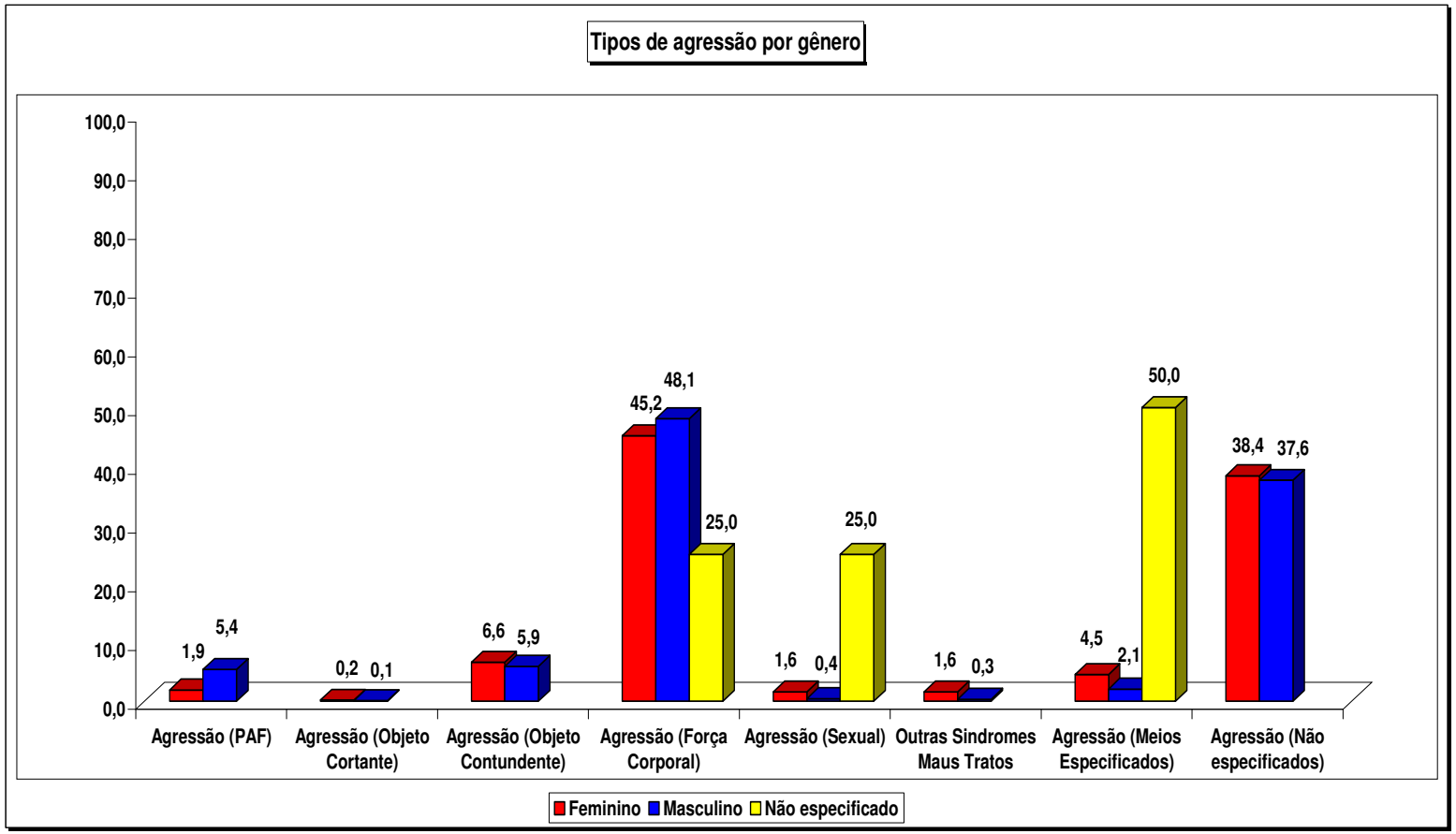
A Tabela 2 sintetiza esses resultados, enquanto as Figuras 2 e 3, a seguir, os ilustram e apresentam as porcentagens obtidas.

Tabela 2. Total de modalidades de agressão segundo o sexo no período de 2000 ao 1º semestre de 2009.

| **Tipos de Agressão** | **Sexo** | | | |
|---|---|---|---|---|
| | **Feminino** | **Masculino** | **Não especificado** | **Total** |
| Agressão (PAF) | 11 | 50 | | 61 |
| Agressão (Objeto Cortante) | 1 | 1 | | 2 |
| Agressão (Objeto Contundente) | 38 | 55 | | 93 |
| Agressão (Força Corporal) | 259 | 445 | 1 | 705 |
| Agressão (Sexual) | 9 | 4 | 1 | 14 |
| Outras Sindromes dos Maus Tratos | 9 | 3 | | 12 |
| Agressão (Meios Especificados) | 26 | 19 | 2 | 47 |
| Agressão (Não especificados) | 220 | 348 | | 568 |
| **Total** | **573** | **925** | **4** | **1502** |

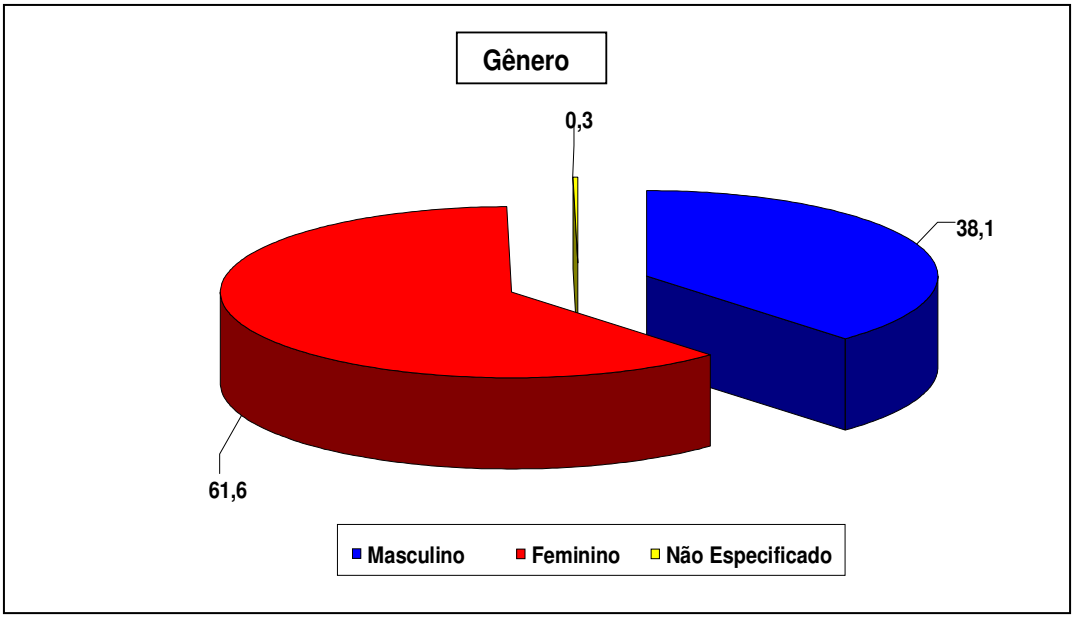
Fonte: Relatórios Odonto-Legais do NOL/IML Sede.

Figura 2. Tipos de agressão por gênero no período de 2000 ao 1º semestre de 2009.




Fonte: Relatórios Odonto-Legais do NOL/IML Sede.

Figura 3. Modalidades de agressão segundo o gênero no período de 2000 ao 1º semestre de 2009.




Fonte: Relatórios Odonto-Legais do NOL/IML Sede.

## 10.3 Modalidades de agressão segundo as principais faixas etárias

Para facilitar a análise dos dados, optou-se por considerar em conjunto as faixas etárias incluídas no intervalo entre 15 e 39 anos. A Tabela 3, entretanto, apresenta todas elas separadamente.

As Tabelas 3, 4, 5 e 6 apresentam resultados totais das ocorrências segundo diferentes faixas etárias e sexo.

Vê-se que na subcategoria 2.1 (projétil de arma de fogo) as ocorrências estão concentradas (45 casos) na faixa etária de 15 a 39 anos. Nesta faixa, as vítimas são 8 mulheres e 37 homens (vide Tabelas 3, 4 e 5).

Na subcategoria 2.2 (objeto cortante), são duas ocorrências na faixa etária de 15 a 39 anos, uma para cada sexo (vide Tabelas 3, 4 e 5).

Relativamente à agressão por objeto contundente (subcategoria 2.3), registram-se 64 ocorrências no intervalo etário de 15 a 39 anos, das quais 24 afetando mulheres e 40 atingindo homens (vide Tabelas 3, 4 e 5).

Na subcategoria 1.1 (agressão por força corporal), são 433 ocorrências na faixa etária de 15 a 39 anos, aparecendo 165 mulheres e 268 como vítimas (vide Tabelas 3, 4 e 5).

Na subcategoria agressão sexual (1.2), registraram-se 7 ocorrências na faixa etária de 15 a 39 anos e 3 na faixa etária de 10 a 14 anos, totalizando 10 registros. Na primeira faixa etária, 5 ocorrências afetaram o sexo feminino e 1 o masculino; na segunda faixa etária, 3 mulheres figuram entre as vítimas. Na faixa etária de 15 a 39 anos, há uma ocorrência cujo o sexo não foi especificado. (vide Tabelas 3, 4, 5 e 6).

Em "outras síndromes de maus-tratos" (subcategoria 1.3) há 5 ocorrências na faixa etária de 15 a 39 anos, todas afetando mulheres. Registre-se a presença de 2 indivíduos do sexo masculino na faixa etária de 5 a 9 anos (vide Tabelas 3, 4 e 5).

Na subcategoria 2.4 ("agressão por outros meios especificados"), há 26 ocorrências na faixa etária de 15 a 39 anos, sendo 13 vítimas do sexo feminino, 11 do masculino e 2 cujo o sexo não foi especificado (vide Tabelas 3, 4, 5 e 6).

As agressões por meios não especificados (subcategoria 2.5) somaram 368 ocorrências na faixa etária de 15 a 39 anos, com 143 vítimas do sexo feminino e 225 do masculino (vide Tabelas 3, 4 e 5).

Tabela 3. Modalidades de agressão segundo a faixa etária em anos no período de 2000 ao 1º semestre de 2009.

| **Modalidades de agressão** | **Faixa etária (anos)** | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **01 a 04** | **05 a 09** | **10 a 14** | **15 a 19** | **20 a 24** | **25 a 29** | **30 a 34** | **35 a 39** | **40 a 44** | **45 a 49** | **50 a 54** | **55 a 59** | **60 ou Mais** | **Não especificado** | **Total** |
| Agressão (PAF) | | 1 | 2 | 8 | 7 | 13 | 11 | 6 | 2 | 4 | 2 | | 1 | 4 | 61 |
| Agressão (Objeto Cortante) | | | | | 1 | | | 1 | | | | | | | 2 |
| Agressão (Objeto Contundente) | 1 | 2 | 2 | 8 | 11 | 17 | 16 | 12 | 12 | 3 | 4 | 2 | 1 | 2 | 93 |
| Agressão (Força Corporal) | 1 | 3 | 28 | 74 | 90 | 101 | 89 | 79 | 73 | 48 | 29 | 27 | 26 | 37 | 705 |
| Agressão (Sexual) | 1 | | 3 | 4 | 1 | | 1 | 1 | | | | | | 3 | 14 |
| Outras Sindromes dos Maus Tratos | | 2 | | 2 | 2 | | 1 | | 1 | | | | | 4 | 12 |
| Agressão (Meios Especificados) | 5 | 1 | 3 | 9 | 6 | 2 | 8 | 1 | 1 | 1 | | 1 | 2 | 7 | 47 |
| Agressão (Não especificados) | 2 | 6 | 13 | 45 | 87 | 72 | 77 | 87 | 73 | 38 | 27 | 15 | 20 | 6 | 568 |
| **Total** | **10** | **15** | **51** | **150** | **205** | **205** | **203** | **187** | **162** | **94** | **62** | **45** | **50** | **63** | **1502** |

Fonte: Relatórios Odonto-Legais do NOL/IML Sede.

Tabela 4. Modalidades de agressão segundo sexo feminino e faixa etária em anos no período de 2000 ao 1º semestre de 2009.

| **Sexo Feminino** | **Faixa etária (anos)** | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **01 a 04** | **05 a 09** | **10 a 14** | **15 a 19** | **20 a 24** | **25 a 29** | **30 a 34** | **35 a 39** | **40 a 44** | **45 a 49** | **50 a 54** | **55 a 59** | **60 ou mais** | **Não especificado** | **Total** |
| **Modalidades de Agressão** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Agressão (PAF) | | 1 | | 2 | 2 | 2 | 2 | | | 1 | | | | 1 | 11 |
| Agressão (Objeto Cortante) | | | | | | | | 1 | | | | | | | 1 |
| Agressão (Objeto Contundente) | | 2 | | | 4 | 11 | 4 | 5 | 9 | | 1 | | | 2 | 38 |
| Agressão (Força Corporal) | | 1 | 11 | 12 | 28 | 47 | 42 | 36 | 33 | 12 | 9 | 7 | 7 | 14 | 259 |
| Agressão (Sexual) | | | 3 | 4 | | | | 1 | | | | | | 1 | 9 |
| Outras Síndromes dos Maus Tratos | | | | 2 | 2 | | 1 | | 1 | | | | | 3 | 9 |
| Agressão (Meios Especificados) | 4 | | 3 | 6 | 2 | 1 | 3 | 1 | | | | | 1 | 5 | 26 |
| Agressão (Não especificados) | 2 | 2 | 5 | 11 | 35 | 30 | 32 | 35 | 33 | 17 | 6 | 4 | 5 | 3 | 220 |
| **Total** | **6** | **6** | **22** | **37** | **73** | **91** | **84** | **79** | **76** | **30** | **16** | **11** | **13** | **29** | **573** |

Fonte: Relatórios Odonto-Legais do NOL/IML Sede.

Tabela 5. Modalidades de agressão segundo sexo masculino e faixa etária em anos no período de 2000 ao 1º semestre de 2009.

| **Sexo Masculino** | **Faixa etária (anos)** | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **01 a 04** | **05 a 09** | **10 a 14** | **15 a 19** | **20 a 24** | **25 a 29** | **30 a 34** | **35 a 39** | **40 a 44** | **45 a 49** | **50 a 54** | **55 a 59** | **60 ou mais** | **Não especificado** | **Total** |
| **Modalidades de agressão** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Agressão (PAF) | | | 2 | 6 | 5 | 11 | 9 | 6 | 2 | 3 | 2 | | 1 | 3 | 50 |
| Agressão (Objeto Cortante) | | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 |
| Agressão (Objeto Contundente) | 1 | | 2 | 8 | 7 | 6 | 12 | 7 | 3 | 3 | 3 | 2 | 1 | | 55 |
| Agressão (Força Corporal) | 1 | 2 | 17 | 62 | 62 | 54 | 47 | 43 | 40 | 36 | 20 | 20 | 19 | 22 | 445 |
| Agressão (Sexual) | 1 | | | | | | 1 | | | | | | | 2 | 4 |
| Outras Sindromes dos Maus Tratos | | 2 | | | | | | | | | | | | 1 | 3 |
| Agressão (Meios Especificados) | 1 | 1 | | 2 | 3 | 1 | 5 | | 1 | 1 | | 1 | 1 | 2 | 19 |
| Agressão (Não especificados) | | 4 | 8 | 34 | 52 | 42 | 45 | 52 | 40 | 21 | 21 | 11 | 15 | 3 | 348 |
| **Total** | **4** | **9** | **29** | **112** | **130** | **114** | **119** | **108** | **86** | **64** | **46** | **34** | **37** | **33** | **925** |

Fonte: Relatórios Odonto-Legais do NOL/IML Sede.

Tabela 6. Modalidades de agressão segundo sexo não especificado e faixa etária em anos no período de 2000 ao 1º semestre de 2009.

| **Sexo Não especificado** | **Faixa etária (anos)** | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **01 a 04** | **05 a 09** | **10 a 14** | **15 a 19** | **20 a 24** | **25 a 29** | **30 a 34** | **35 a 39** | **40 a 44** | **45 a 49** | **50 a 54** | **55 a 59** | **60 ou mais** | **Não especificado** | **Total** |
| **Modalidades de agressão** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Agressão (PAF) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Agressão (Objeto Cortante) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Agressão (Objeto Contundente) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Agressão (Força Corporal) | | | | | | | | | | | | | | 1 | 1 |
| Agressão (Sexual) | | | | | 1 | | | | | | | | | | 1 |
| Outras Síndromes dos Maus Tratos | | | | | | | | | | | | | | | |
| Agressão (Meios Especificados) | | | | 1 | 1 | | | | | | | | | | 2 |
| Agressão (Não especificados) | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Total** | | | | **1** | **2** | | | | | | | | | **1** | **4** |

Fonte: Relatórios Odonto-Legais do NOL/IML Sede.

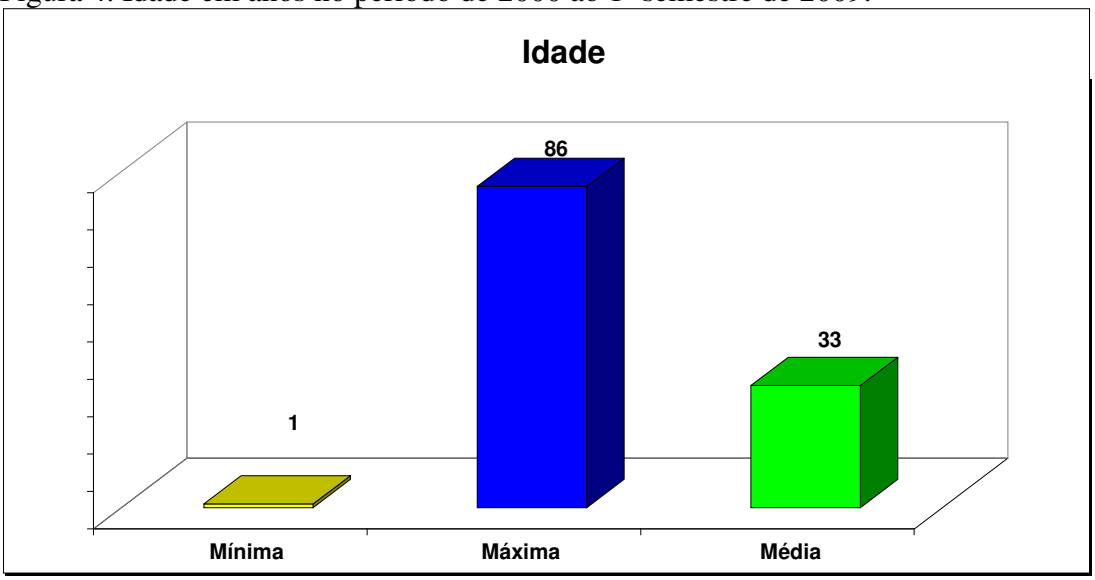
A Tabela 7 sintetiza os resultados segundo as idades – idades máxima, mínima e média – para cada uma das modalidades de agressão avaliadas, enquanto a síntese das idades pode ser visualizada na Figura 4.

Tabela 7. Modalidades de agressão segundo idade em anos no período de 2000 ao 1º semestre de 2009.

| **Modalidades de agressão** | **Idade Mínima** | **Idade Máxima** | **Idade Média** |
|---|---|---|---|
| Agressão (PAF) | 9 | 60 | 29,9 |
| Agressão (Objeto Cortante) | 23 | 36 | 29,5 |
| Agressão (Objeto Contundente) | 2 | 70 | 31,5 |
| Agressão (Força Corporal) | 2 | 77 | 33,2 |
| Agressão (Sexual) | 1 | 36 | 17,8 |
| Outras Sindromes dos Maus Tratos | 7 | 41 | 20,9 |
| Agressão (Meios Especificados) | 1 | 70 | 24,1 |
| Agressão (Não especificados) | 3 | 86 | 33,7 |
| **Total** | **1** | **86** | **32,7** |

Fonte: Relatórios Odonto-Legais do NOL/IML Sede.

Figura 4. Idade em anos no período de 2000 ao 1º semestre de 2009.




Fonte: Relatórios Odonto-Legais do NOL/IML Sede.

A agressão "por força corporal" (subcategoria 1.1., somando 705 ocorrências) figura em primeiro lugar entre o número de casos registrados. Aqui, 445 são vítimas do sexo masculino e 259 do feminino (uma cujo o sexo não é especificado). Nesta subcategoria estão registradas as ocorrências caracterizadas pelas brigas ou lutas desarmadas, ou seja, embates diretos entre oponentes. A expressiva maioria desses casos envolveu indivíduos adultos (entre 15 e 39 anos) que se enfrentaram em espaços públicos, já que os episódios de violência doméstica estão computados na subcategoria 1.3. ("outras síndromes de maus-tratos"). Chama a atenção, entretanto, o número elevado (259) de indivíduos do sexo feminino entre as vítimas, sugerindo que, além de serem agredidas em locais públicos pelos homens, as mulheres também se envolvem em embates diretos entre elas.

São 93 as ocorrências registradas na subcategoria 2.3. ("agressão por meio de objeto contundente"), com 55 vítimas do sexo masculino e 38 do feminino, a maioria

delas concentradas na faixa etária entre 15 e 39 anos (40 e 24 casos, respectivamente). Neste tipo de embate agressivo empregam-se, sobretudo, pedaços de madeira ou metal, sugerindo que os agressores lançam mão de objetos disponíveis no ambiente (em geral espaços públicos), denotando que a agressão não foi premeditada. Tudo leva a crer que são, em geral, indivíduos adultos que se desentendem pelos mais variados motivos.

Já na subcategoria 2.1. ("agressão por projétil ou arma de fogo") estão computadas 61 ocorrências, 50 vítimas do sexo masculino e 11 do feminino (37 e 8 vítimas, respectivamente, no intervalo etário de 15 a 39 anos). Ao contrário dos casos catalogados na subcategoria 2.3. acima considerada, pode-se presumir que a premeditação seja uma característica importante dessas ocorrências, ou, então, que os agressores portam tais armas numa atitude defensiva frente a ameaças concretas ou difusas. Aqui, são principalmente homens armados que fazem suas vítimas entre outros homens e, secundariamente, entre as mulheres.

Diferentemente das armas de fogo, as "armas brancas" ("objeto cortante ou penetrante", subcategoria 2.2.) raramente aparecem nos Relatórios Odonto-Legais (apenas 2 casos, uma vítima de cada sexo, ambas no intervalo etário entre 15 e 39 anos). Essa enorme diferença entre o uso de armas de fogo e armas brancas parece mostrar, ao lado de outros indicadores, que a violência está fortemente entranhada em nossa sociedade, pois aquelas armas são bem mais mortais que essas últimas.

As ocorrências também relevantes e significativas para o presente trabalho são as que se encontram nas subcategorias 1.2 ("agressão sexual") e 1.3 ("outras síndromes dos maus-tratos"). Somando-se todas elas, obtém-se um total de 26 casos relatados.

Em agressões de natureza sexual (subcategoria 1.2, que inclui estupro, tentativa de estupro, sodomia e tentativa de sodomia) aparecem 14 ocorrências, das quais 9 são vítimas do sexo feminino, 4 do masculino e uma cujo o sexo não foi especificado, havendo significativa concentração delas no intervalo etário entre 15 e 39 anos (ou seja, envolvendo principalmente mulheres jovens). Na faixa etária de 10 a 14 anos, figuram 3 indivíduos do sexo feminino. Pode-se pressupor que estes casos traduzem uma assimetria entre agressores e vítimas, sendo os primeiros geralmente adultos do sexo masculino, enquanto as vítimas, mulheres e meninas, se encontram naquele grupo caracterizado como mais vulnerável e indefeso.

As vítimas contabilizadas na subcategoria 1.3 ("outras síndromes de maus-tratos") figuram 12 vítimas (9 do sexo feminino e 3 do masculino). Vê-se que as primeiras estão concentradas no intervalo etário de 15 a 39 anos (5 mulheres). Dos 3 indivíduos do sexo masculino, dois aparecem na faixa etária de 5 a 9 anos (crianças, portanto). Esta subcategoria reúne os casos de abuso sexual, crueldade mental, sevícias físicas, tortura e violência doméstica, que habitualmente atingem os indivíduos mais vulneráveis e indefesos, crianças e mulheres, em ocorrências caracterizadas pela assimetria dos protagonistas envolvidos, casos que em geral ocorreram no ambiente doméstico/privado entre pessoas aparentadas ou conhecidas.

Na subcategoria 2.4. “agressão por meios especificados”, na qual estão incluídos os casos de mordidas encontra-se o total de 47 casos; destes 47 casos, 10 são vítimas que apresentaram ferimentos e/ou escoriações porque foram atingidas por objetos incomuns: estilingues, sacolas, bolsas, etc. Entre estes 10 casos, 8 são vítimas do sexo masculino e 2 do feminino. De total destas 10 ocorrências, 6 se concentram no intervalo etário de 15 a 39 anos (5 vítimas do sexo masculino e 1 do feminino). Esses dados apontam para ocorrências inesperadas, em que os agressores recorrem a qualquer objeto disponível, dando-se o mesmo, provavelmente, com as vítimas em suas tentativas de defesa.

De grande interesse para este trabalho são os 37 casos envolvendo mordidas, incluídos na subcategoria 2.4 (“agressão por meios especificados”). Aparecem aqui majoritariamente vítimas do sexo feminino (24, contra 11 do sexo masculino, e 2 casos em que o sexo não foi especificado). No intervalo etário de 15 a 39 anos as vítimas do sexo feminino (12) são o dobro daquelas do sexo masculino (6), o que é ainda mais acentuado na faixa etária de 1 a 4 anos (4 indivíduos do sexo feminino e apenas 1 do masculino), na de 10 a 14 anos (3 vítimas do sexo feminino) e somente 1 do sexo masculino na faixa etária de 40 a 44 anos. (Vide Tabelas 8 e 9).

Tabela 8. Subcategoria 2.4: "Agressão por meios especificados", no período de 2000 ao 1º semestre de 2009.

| Tipos de agressão | sexo | | | |
|---|---|---|---|---|
| | feminino | masculino | Não especificado | total |
| Meios especificados (estilingues, sacolas, bolsas, etc) | 2 | 8 | | 10 |
| mordidas | 24 | 11 | 2 | 37 |
| Total | 26 | 19 | 2 | 47 |

Fonte: Relatórios Odonto-Legais do NOL/IML Sede.

Tabela 9. Casos envolvendo mordidas segundo faixa etária e sexo no período de 2000 ao 1º semestre de 2009.

| mordidas | sexo | | | |
|---|---|---|---|---|
| Faixa etária (em anos) | feminino | masculino | Não especificado | total |
| 01 a 04 | 4 | 1 | | 5 |
| 05 a 09 | | | | |
| 10 a 14 | 3 | | | 3 |
| 15 a 19 | 6 | 1 | 1 | 8 |
| 20 a 24 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| 25 a 29 | 1 | | | 1 |
| 30 a 34 | 2 | 4 | | 6 |
| 35 a 39 | 1 | | | 1 |
| 40 a 44 | | 1 | | 1 |
| 45 a 49 | | | | |
| 50 a 54 | | | | |
| 55 a 59 | | | | |
| 60 ou mais | | 1 | | 1 |
| Não especificado | 5 | 2 | | 7 |
| total | 24 | 11 | 2 | 37 |

Fonte: Relatórios Odonto-Legais do NOL/IML Sede.

Como exemplo, convém apresentar algumas informações adicionais a respeito de casos examinados. Em um deles, um menino de dois anos foi levado por sua tia para exame de constatação odonto-legal; segundo os informes, o menor teria sido vítima de agressão sexual, apresentando marcas de mordidas pelo corpo e um dente fraturado. O suspeito de agredi-lo, do sexo masculino, foi intimado a comparecer ao IML/Sede para exame de constatação, confronto e identificação odonto-legal, ou seja, a submeter-se a exame comparativo das lesões encontradas na vítima com a sua dentição. Em outro caso, a vítima, menor, do sexo feminino, acompanhada de sua genitora para o mesmo tipo de exame, informou ter sido agredida com mordidas e socos. Num terceiro caso, a vítima, em perícia necroscópica, apresentava marcas de mordidas na região esquerda da face. Para o exame de constatação, confronto e identificação odonto-legal, foi necessário providenciar moldes de sete pessoas para comparação com o laudo necroscópico. Há também o caso de uma criança de um ano de idade, sexo feminino, que teria sido agredida pela babá, que lhe teria desferido uma mordida no antebraço esquerdo.

Embora na grande maioria destes 37 casos de mordidas as vítimas sejam do sexo feminino, em um deles a agredida defendeu-se por meio de mordeduras, com o que teve dois dentes ântero-inferiores abalados.

A análise dos Relatórios mostra um grande número de ocorrências envolvendo socos e, secundariamente, pontapés. Por isso, as vítimas apresentam variadas lesões na face, especialmente na boca, com perdas e abalos dentários, manifestando assim, de forma transitória ou definitiva, deformidades e

comprometimento da fonação e da estética facial. Disso decorre uma estigmatização dessas vítimas.

O comprometimento da boca e dos dentes compromete a fala – característica essencial dos humanos – e, portanto, as suas interações sociais em diversas esferas da vida social, impondo às vítimas variadas restrições (inclusive reclusão), afastamento do trabalho, sem contar a humilhação e o constrangimento que as afetam.

Quando se trata de mulheres e crianças agredidas por socos, a violência geralmente ocorre no ambiente doméstico, configurando crime cometido por homens situados em proximidade espacial, social, afetiva e familiar relativamente às vítimas. Uma acentuada assimetria caracteriza esta modalidade de agressão.

Registra-se o maior grau de assimetria quando os agressores são homens adultos, e suas vítimas, as crianças. Um grau um pouco menor, quando as vítimas são mulheres.

Quanto maior a proximidade (pessoas estabelecidas num mesmo espaço doméstico, caracterizado pelos laços afetivos e vínculos de parentesco), maior a proximidade física quotidiana, e também maior a assimetria. Nestes casos, estupros, abuso sexual e violência doméstica são as modalidades de agressão mais frequentes. E a "visibilidade" das ocorrências também é menor.

Quanto menor a proximidade (pessoas adultas em espaço público, marcado pelas relações impessoais), menor a proximidade física quotidiana e maior a simetria. Nestes casos, os crimes mediante o uso de arma de fogo são mais comuns. E, por consequência, maior a "visibilidade" das ocorrências.

## *11. DISCUSSÃO*

Os dados disponíveis nos Relatórios Odonto-Legais sugerem:

Um sub-comparecimento das vítimas de violência doméstica e sexual ao IML/Sede para o exame de corpo de delito. A vítima adulta não comparece por receio de exposição pública, do constrangimento moral, das ameaças feitas pelos parceiros e suas possíveis retaliações. Além disso, há o descrédito relativo à eficácia do aparato legal e policial, ademais das dificuldades de deslocamento até o Instituto, o que exige algum gasto e ausência do local de trabalho. Quando as vítimas são crianças e adolescentes, não têm autonomia e/ou iniciativa própria, dependendo, portanto, das decisões de seus cuidadores ou responsáveis.

Chama a atenção o elevado número de ocorrências (568) catalogadas nos Relatórios Odonto-Legais como "agressão por meios não-especificados", sem que se possa determinar, portanto, se houve ou não nestes casos emprego de objetos/instrumentos. (Idade média: 33,7)

O expressivo número de "agressão por força corporal" aponta para um envolvimento majoritário de homens adultos (445 homens e 259 mulheres), casos geralmente ocorridos em espaços públicos, sugerindo uma simetria nestes episódios agressivos (Idade média: 33,2).

O número de ocorrências classificadas como "agressão por meio de objeto contundente" (93 casos, 55 do masculino e 38 do feminino) sugere que os envolvidos não premeditaram as suas condutas violentas e lançaram mão de objetos disponíveis no ambiente (pedaços de madeira, metal, etc.). (Idade média: 31,5)

Os 61 (50 vítimas do sexo masculino e 11 do feminino) casos relatados como "agressão por projétil ou arma de fogo" indicam uma premeditação da agressão ou, então, uma pré-disposição ao ataque e/ou defesa (Idade média: 29,9).

Em "agressão sexual" estão relatados 14 ocorrências (9 do sexo feminino, 4 do masculino e um cujo o sexo não foi especificado) Idade média: 17,8. Esses dados são congruentes com as informações levantadas por Teixeira (2004), segundo as quais o maior número de vítimas de estupro são mulheres jovens, em idade reprodutiva.[7]

Nas ocorrências catalogadas como "outras síndromes dos maus-tratos" aparecem 12 ocorrências (9 femininos e 3 masculinos – idade média = 20,9). Aqui se configura a violência doméstica, que vitima, por meio de agressões verbais, físicas e psicológicas, mulheres e crianças. Maridos, companheiros e pais geralmente figuram como os agressores.[8]

---

[7] Observe-se que houve uma alteração do Código Penal. Antes dessa mudança, configurava-se estupro apenas para vítimas do sexo feminino. Hoje aplica-se aos dois sexos.

[8] Todavia, os Relatórios examinados no presente trabalho, relatam apenas dados periciados de agressão física.

Em "agressão por meios especificados" figuram 37 ocorrências de mordidas (24 vítimas do sexo feminino, 11 do masculino e 2 casos cujo sexo não foi especificado). Idade média: 21,1. Vê-se que entre essas vítimas preponderam mulheres jovens e crianças, em geral atacadas no âmbito do espaço doméstico, configurando-se assim uma relação assimétrica entre agressores e vítimas, estas últimas em condição de acentuada vulnerabilidade. As marcas de mordidas fazem parte das lesões físicas sofridas pelas vítimas, mas essas eventualmente se defendem do mesmo modo, pois tal modalidade de ataque violento pressupõe contato físico entre os envolvidos.

As informações divulgadas por agentes de ONGs e outras instituições que prestam assistência às mulheres vitimadas pela violência indicam que o aparato jurídico-policial não concede a devida importância às agressões desta natureza, em comparação, sobretudo, com modalidades de ocorrências agressivas levadas a cabo mediante o uso de armas brancas e de fogo, nas quais se envolvem, notadamente, adultos do sexo masculino.[9]

Quando a agressão compromete o rosto da vítima, ou seja, agressão na face, acaba por comprometer a *persona*, a sua identidade, causando-lhe humilhação, provocando-lhe deformidades, que podem ser permanentes ou não, mas que, em alguma medida, causam privação de convívio e restrição de liberdade, tanto no âmbito público como no âmbito privado. Por isso, não basta simplesmente registrar

---

[9] Ver, por exemplo, as já mencionadas matérias do jornal *Brasil de Fato*, de 22 a 28 de abril de 2010.

as ocorrências, pois há uma escassez de informações relativas às sequelas causadas pelos acidentes e violências na vida dos indivíduos, bem como no tocante à sua qualidade de vida pós-evento. (MELLO JORGE, 1997).

A agressão, seja ela explícita ou implícita, faz parte do nosso dia-a-dia; por vezes é exacerbada, extravasada, manifestando-se em embates entre homens ditos civilizados. Isso pode ser notado, por exemplo, quando um acidente de trânsito culmina em agressão física (envolvendo motoristas estressados e que se descontrolam em situações desse tipo) e também naqueles crimes brutais, noticiados com sensacionalismo no horário nobre dos telejornais.

O quadro abaixo sintetiza as considerações até aqui assinaladas.

Quadro2. Relações de simetria e assimetria

| ***SIMETRIA*** | ***ASSIMETRIA*** |
|---|---|
| ESPAÇO PÚBLICO (RUA) | ESPAÇO DOMÉSTICO (CASA) |
| HOMENS ADULTOS<br>x<br>HOMENS ADULTOS | HOMENS ADULTOS<br>x<br>MULHERES/CRIANÇAS |
| IMPESSOALIDADE | PERSONALIZAÇÃO |
| ARMAS DE FOGO | TAPAS, PONTAPÉS, MORDIDAS |
| HOMICÍDIOS | ESTUPROS, VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, ABUSO SEXUAL |
| MAIOR VISIBILIDADE | MENOR VISIBILIDADE |

Fonte: Autoria da autora.

*"Se o homem pretende não apenas sobreviver mas melhorar a qualidade da vida, é bastante claro que há uma necessidade urgente para uma maior compreensão de todos os aspectos dos fenômenos agressivos"*

*Roger N. Johnson*

## *12. CONSIDERAÇÕES E APRECIAÇÕES FINAIS*

Este trabalho procurou descrever casos de agressão envolvendo mordidas e suas marcas. Partiu-se da hipótese segundo a qual as mordidas, embora atribuídas à animalidade, não são incomuns entre os humanos, especialmente quando se trata do comportamento infantil, de jogos eróticos e de episódios agressivos; considerando-se estes últimos, o ato de morder pode ser empregado tanto pelos que agridem quanto pelos que se defendem.

As mordidas aparecem, assim, naqueles embates agressivos em que há contato direto entre os envolvidos, e notadamente quando esses últimos ocupam posições ou papéis assimétricos: homens *versus* mulheres, adultos *versus* crianças. Tais episódios agressivos costumam ocorrer em espaços domésticos, privados, entre pessoas próximas, conhecidas e vinculadas através de relações de parentesco, amizade e vizinhança, e muito frequentemente se configuram como maus-tratos, estupros, violência doméstica e abuso sexual. Mulheres e crianças despontam aqui como os indivíduos mais fracos e vulneráveis, social e fisicamente. Isto as coloca como as principais vítimas desses crimes, portanto, as que mais apresentam marcas de mordidas e, também, as que recorrem às mordeduras como meio de defesa. O cirurgião-dentista com seus conhecimentos especializados pode contribuir decisivamente para a identificação e o reconhecimento dos agressores, bem como para constatar se a vítima exibe ou não marcas significativas de mordidas, auxiliando os que se encarregam dos procedimentos policiais e jurídicos cabíveis.

As ocorrências registradas nos Relatórios Odonto-Legais do IML/Sede não diferem, em essência, daquelas noticiadas pela mídia e avaliadas neste trabalho no capítulo ***Noticiário da Folha de S. Paulo.*** Elas se assemelham, a não ser quanto ao uso de uma linguagem mais chamativa pela imprensa e ao emprego de uma linguagem descritiva, técnica e especializada, dos peritos, e por isso mesmo mais precisa. Nessas ocorrências destacam-se: a vulnerabilidade das vítimas, a preponderância entre elas de mulheres e crianças, as ameaças que sofrem para não denunciarem as agressões sofridas e nem comparecerem ao exame pericial.

De um modo geral, as ocorrências agressivas que produzem vítimas fatais envolvendo adultos são tidas como mais sérias, consequentes e importantes. Em segundo plano, negligenciadas e subestimadas, situam-se as que ocorrem no âmbito doméstico, menos "visíveis", atingindo mulheres e crianças.

Embora pareça estar havendo um aumento expressivo no número de denúncias relativas à violência e ameaças contra mulheres e crianças, são ainda poucos os casos que chegam efetivamente ao exame de corpo de delito, e mesmo à punição dos responsáveis, pelas razões já expostas. Mas os impactos materiais e psicológicos causados por estes casos no sistema público de saúde e na sociedade em geral são consideráveis. No plano individual, considerando-se as vítimas, é preciso assinalar os estigmas causados pelas marcas emocionais e físicas assim produzidas, que muitas vezes incapacitam os agredidos para uma vida social e produtiva normal. Por fim, o trabalho enfatiza que o tratamento adequado das vítimas depende de serviços especializados, multi-profissionais e bem equipados; uma atividade eficiente de prevenção passa necessariamente pelos agentes educativos e ações de instituições governamentais, além da ação de órgãos públicos que devem se ocupar de coibir e

punir as condutas agressivas, especialmente aquelas que atingem mais duramente os indivíduos mais frágeis, desprotegidos e vulneráveis, ou seja, mulheres e crianças.

Parte do problema é que a escassez de recursos públicos tem a ver com a política econômica adotada em decisões governamentais. ZIONI (2005, p. 45/46), avaliando políticas públicas no final do século passado, ressalta que a "(...) redução do papel do Estado dificultou a regulação do mercado e das atividades produtivas, indispensáveis para a administração da crise (...) e para a política de retomada de crescimento que poderiam contribuir para o enfrentamento da pobreza, da violência e de outros problemas contemporâneos (...)", pois "(...) a redução das despesas do Estado significou sensível redução no gasto com políticas públicas e sociais". De acordo com matéria do "Brasil de Fato", (de 22 a 28 de abril de 2010), no Estado de São Paulo, por exemplo, há apenas um Juizado Especial dedicado aos casos de violência contra mulheres, num universo de 225 comarcas.

A violência é um tema que precisa ser amplamente investigado, já que tem causas múltiplas, sejam elas sociais, psicológicas, comportamentais e culturais, acarreta danos incomensuráveis para o sistema público de saúde e, primordialmente, para a vítima.

Para a análise das marcas de mordidas, o tempo decorrido do evento até a sua verificação e constatação pelo órgão competente deve ser o menor possível, pois alguns fatores podem interferir em sua correta verificação, dificultando o pleno desempenho do cirurgião-dentista em suas funções técnicas e especializadas. Concomitante a este fato, junta-se a real escassez de Núcleos de Odontologia Legal (NOL) em outras sedes dos IMLs localizados no Município de São Paulo.

Quando se pensa na agressão, logo vem à mente qualquer tipo de violência física; porém, há diversas outras modalidades de agressão, como as verbais e psicológicas, que não podem ser desconsideradas como causadoras de danos e prejuízos para um ser humano, já que estão presentes em todas as interações sociais, podendo se manifestar de modo mais ou menos sutil e/ou implícito (OTTA & BUSSAB, 1998).

Ao que tudo indica, não é possível eliminar completamente a agressividade do convívio social, mas é necessário controlá-la por meio de parâmetros socialmente aceitos: são os valores da adaptação do homem à sociedade (OTTA & BUSSAB, 1998).

Nas palavras de Vigarello (1998, p. 245/246), "[é] ...a igualdade entre homens e mulheres que torna mais insuportáveis os atos de dominação e agressão tradicionais, dando mais iniciativa às vítimas...".

## *13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*


Aguiar, F. *A mais Sangria – Um conto de ficção ciencrítica. In: Almanaque: cadernos de Literatura e Ensaio, vol.1.,* São Paulo: Editora Brasiliense, 1976.

Arbenz, G.O. *Introdução à Odontologia Legal*. São Paulo: Linografica; 1959.

Arquivo digital da Folha de S. Paulo. Disponível em:
http://www1.folha.uol.com.br/folha/arquivos

Brasil de Fato, edição de 22 a 28 de abril de 2010.

Daruge, E. & Massini, N. *Identificação pela mordedura humana*. In: Revista Quintessência, 4 (4): p. 49-51, abril, 1977.

Daruge, E. & Santos, D. *Importância pericial do desgaste dental na mordida humana.* In: Revista Minas Policial, 4 (1): p. 49-72, jan. 1965.

Daruge, A. D. *Dentadas e mordeduras*. Tese de livre-docência, FORP/USP, 1982.

Darwin, Charles. *A expressão das emoções no homem e nos animais.* São Paulo: Companhia das letras, 2000

Faúndes, Aníbal; Rosas, Cristião Fernando; Bedone, Aloísio José; Orozco, Luis Távara. *Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro*. In: *Ver Bras Ginecol Obstet. 2006; 28(2): p. 126-35*

Ferreira, A. B. de H. - *Novo Aurélio Século XXI: O dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

Folha de S. Paulo, 16 de julho de 2010. *Caderno A3*.

Folha de S. Paulo, 06 de agosto de 2010. *Caderno C5.*

Freud, S. – *Por que existe guerra?*. In: Megargee, Edwin I. & Hokanson, Jack E. (orgs.) - *A dinâmica da agressão.* São Paulo: EPU & EDUSP, 1976.

Garcia, R.R. - *La identification em estomatologia (Part. I). Generalidades, historia, estúdios clínicos: fichas odontometria y craneometria*. In: Ver. Actual Estomatol Esp, v.45 n.344 p. 31-39 mar 1985ª.

Gomide, Paula & Sperancetta, Andressa – *O efeito de um filme de abuso sexual no comportamento agressivo das adolescentes*. In: ***Interação em Psicologia***. Revista do Departamento de Psicologia da UFPR, vol. 6, n°. 1, 2002.

Houaiss, A., Villar, M. de S., & Franco, F. M de M (orgs). – *Dicionário Houaiss da L´ngua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

Kristensen, Christian Haag, Lima, Juliane Silveira, Ferlin, Mirela, Flores, Renato Zamora, Hackmann, Patrícia Hauschild. *Fatores etiológicos da agressão física: uma revisão teórica.* In: *Estudos de Psicologia 2003, 8(1), p. 175-184.*

Leakey, Richard & Lewin, Roger. *Origens*. São Paulo: Melhoramentos, 1982.

Lorenz, Konrad. *A agressão: uma história natural do mal.* Lisboa: Moraes Editores, 1979.

Marques, J. A. M., Galvão, L. C. C., Silva, M. da. *Marcas de Mordidas- Odontologia Legal.* Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2007.

Mead, Margaret – *Sexo e temperamento*. São Paulo: Perspectiva, 1976.

Mello Jorge, Maria Helena Prado de. *À guisa de conclusão.* Rev. Saúde Pública, 31 (4 Suplemento): p. 51-4, 1997.

Minayo, Maria Cecília de Souza. *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006, 2ª edição. Coleção temas em saúde.

Ministério da Saúde – Departamento de Informática do SUS. *CID-10.* Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=040203

Montagu, M. F. Ashley – *The new litany of ´innate depravity`, or original sin revisited*. In: Montagu, M. F. Ashley (ed.) - *Man and Aggression*. New York: Oxford University Press, 1968.

Organização Mundial de Saúde. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. Universidade de São Paulo: Edusp, 1993, p. 1098-1101.

Otta, Emma & Bussab, V. S. R., *Vai encarar? Lidando com a agressividade.* São Paulo: Moderna, 1998.

Pinker, Steven. *Tábula rasa: a negação contemporânea da natureza humana.* São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

Ribeiro, F. L., Bussab, V. S. R., Otta, E. *Nem alfa, nem ômega: anarquia na savana.* p. 176-188. *In: Fundamentos de Psicologia. Psicologia Evolucionista.* Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan, 2009. Coordenação: Emma Otta & Maria Emília Yamamoto.

Rosenthal, Elias. *Os dentes e o folclore no Brasil.* São Paulo: Editora Ysayama, 1998.

Silva, L. L. *Odontologia Legal. Laudo de perícia odontológica*. Rio de Janeiro: Graph Canton & Reilli, p.1-4, 1939.

Silva, M. da (org.). *Compêndio de Odontologia Legal*. São Paulo: Editora Medsi, 1997.

Squizatto, Ana e Pereira, Wilza Rocha. *Caracterização das vítimas de violência sexual a partir da análise dos registros feitos pela coordenadoria geral de medicina legal de Cuiabá – MT no ano de 2004. In: Monografia apresentada para o curso de especialização em Saúde Mental.*

Steagall, W. & Silva, M. *Importância da dentística na identificação pelos dentes, no arco dental*. 1996. *In: Revista Paulista de Odontologia*, v.28, n.5, p. 23-34, set./out. 1996.

Storr, Anthony. *A Agressão Humana.* Tradução de Edmond Jorge. Zahar Editores. Rio de Janeiro: 1970.

Teixeira, C.M.P. *Agressão Sexual Humana: Um estudo Empírico a Partir das Teorias Evolucionistas e Feminista.* Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

Vigarello, G. *História do Estupro*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

Wrangham, Richard & Dale, Peterson. *O macho demoníaco.* Rio de Janeiro, Editora Objetiva, 1996.

Zioni, F. *Sociedade, Desenvolvimento e Saneamento.* In*: Saneamento, saúde e ambiente: fundamentos para um desenvolvimento sustentável. Capítulo 2.* Coleção Ambiental; 2. Barueri, SP: Manoele, 2005.

Editor: Arlindo Philippi Jr.

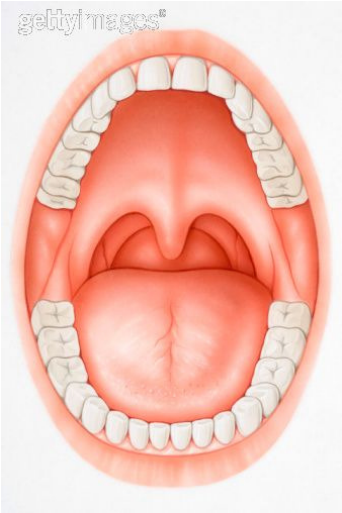
# *14. ANEXOS*

## 14.1 Fotos/Figuras

Figura 1. Corpos marcados

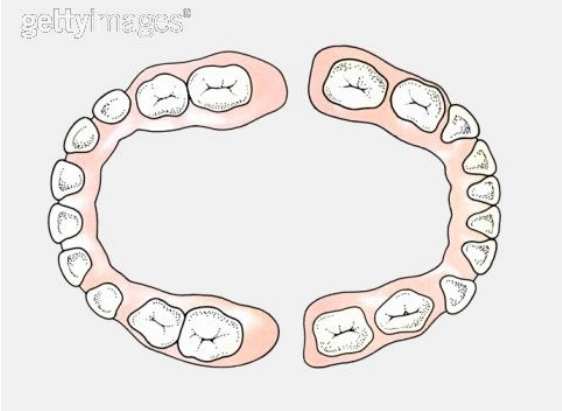
*Fonte: Google Imagens*

Figura 2. Estrutura da boca. Vista frontal



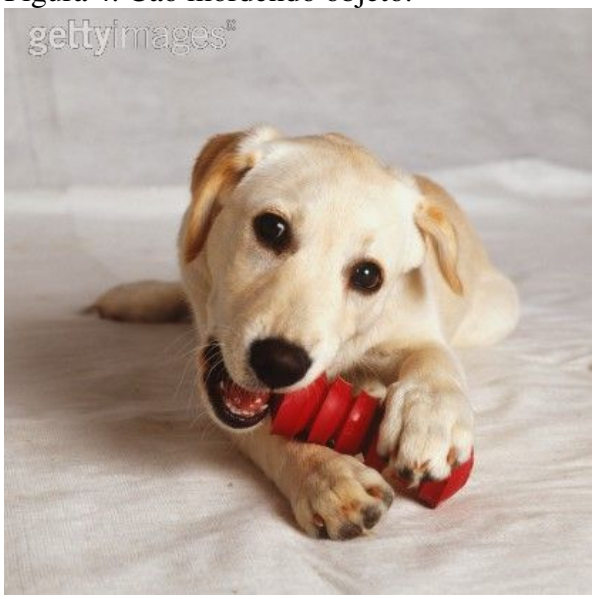

*Fonte: www.gettyimages.com.br*

Figura 3. Vista oclusal da arcada dentária humana.




*Fonte: www.gettyimages.com.br*

Figura 4. Cão mordendo objeto.




*Fonte: www.gettyimages.com.br*

Figura 5. Filhote de cachorro em interação lúdica com humano.

*Fonte: www.gettyimages.com.br*

Figura 6. Bebê.

*Fonte: www.gettyimages.com.br*

Figura 7. Disputa canina.

*Fonte: bullblogingles.com*

Figura 8. Mordida com conotação sexual.

*Fonte: bullblogingles.com*

Figura 9. Vampiro

*Fonte: cinema10.com.br*

Figura 10. Mordida dos arcos superior e inferior impressa no antebraço da vítima.

*Fonte: www.malthus.com.br*

Figura 11. Marca de mordida de ambos os arcos dentários na região da coxa do bebê.

*Fonte: www.malthus.com.br*

Figura 12. Vista aproximada de marca de mordida.

*Fonte: www.malthus.com.br*

Figura 13e 14. Peculiaridades de uma dentição: anomalias

Figura 13.
*Fonte: Google imagens*

Figura 14.
*Fonte: Google Imagens*

Figura 15. Escala utilizada para dimensionar a marca da mordida.
*Fonte: Google Imagens*

**X82** **Lesão autoprovocada intencionalmente por impacto de um veículo a motor**

*Inclui:* colisão intencional com:
- bonde (carro elétrico)
- trem (comboio)
- veículo a motor

*Exclui:* queda de aeronave (X83.-)

**X83** **Lesão autoprovocada intencionalmente por outros meios especificados**

*Inclui:* lesão autoprovocada intencionalmente por:
- eletrocussão
- queda de aeronave
- substâncias cáusticas, exceto intoxicação (envenenamento)

**X84** **Lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados**

## Agressões (X85-Y09)

[Ver páginas 1015-1019 para subdivisões de quarto caráter]

*Inclui:* homicídio
lesões infligidas por outra pessoa, empregando qualquer meio, com a intenção de lesar (ferir) ou de matar

*Exclui:* lesões devidas a:
- intervenção legal (Y35.-)
- operações de guerra (Y36.-)

**X85** **Agressão por meio de drogas, medicamentos e substâncias biológicas**

*Inclui:* envenenamento homicida [qualquer] por meio de:
- drogas
- substâncias biológicas

**X86** **Agressão por meio de substâncias corrosivas**

*Exclui:* gás corrosivo (X88.-)

**X87** **Agressão por pesticidas**

*Inclui:* produtos usados na proteção de florestas
*Exclui:* adubos e fertilizantes (X89.-)

**X88** **Agressão por meio de gases e vapores**

**X89** **Agressão por meio de outros produtos químicos e substâncias nocivas especificados**

*Inclui:* adubos e fertilizantes

**X90** **Agressão por meio de produtos químicos e substâncias nocivas não especificados**

*Inclui:* homicídio por envenenamento SOE

**X91** **Agressão por meio de enforcamento, estrangulamento e sufocação**

**X92** **Agressão por meio de afogamento e submersão**

**X93** **Agressão por meio de disparo de arma de fogo de mão**

**X94** **Agressão por meio de disparo de espingarda, carabina ou arma de fogo de maior calibre**

**X95** **Agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada**

**X96** **Agressão por meio de material explosivo**

*Exclui:* dispositivos incendiários (X97.-)

**X97** **Agressão por meio de fumaça, fogo e chamas**

*Inclui:* cigarros
dispositivos incendiários
incêndio proposital

**X98** **Agressão por meio de vapor de água, gases ou objetos quentes**

**X99** **Agressão por meio de objeto cortante ou penetrante**

*Inclui:* facada SOE

**Y00** **Agressão por meio de objeto contundente**

**Y01** **Agressão por meio de projeção de um lugar elevado**

**Y02** **Agressão por meio de projeção ou colocação da vítima diante de um objeto em movimento**

**Y03** **Agressão por meio de impacto de um veículo a motor**

*Inclui:* pancada, golpe ou atropelamento de modo deliberado com veículo a motor

**Y04** **Agressão por meio de força corporal**

*Inclui:* briga ou luta desarmada
*Exclui:* agressão por meio de:
- estrangulamento (X91.-)
- submersão (X92.-)
- uso de arma (X93-X95, X99.-, Y00.-)

agressão sexual por força física (Y05.-)

**Y05** **Agressão sexual por meio de força física**

*Inclui:* estupro (tentativa de)
sodomia (tentativa de)

## Y06 Negligência e abandono

Y06.0 Pelo esposo ou companheiro
Y06.1 Pelos pais
Y06.2 Por conhecido ou amigo
Y06.8 Por outra pessoa especificada
Y06.9 Por pessoa não especificada

## Y07 Outras síndromes de maus tratos

*Inclui:* abuso sexual
crueldade mental
sevícias físicas
tortura

*Exclui:* agressão sexual por meio de força corporal (Y05.-)
negligência e abandono (Y06.-)

Y07.0 Pelo esposo ou companheiro
Y07.1 Pelos pais
Y07.2 Por conhecido ou amigo
Y07.3 Por autoridades oficiais
Y07.8 Por outra pessoa especificada
Y07.9 Por pessoa não especificada

## Y08 Agressão por outros meios especificados

## Y09 Agressão por meios não especificados

*Inclui:* assassinato (tentativa de) SOE
homicídio (tentativa de) SOE
homicídio não premeditado

## 14.3 Procedimentos Éticos

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**
**Conselho Nacional de Saúde**
**Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP**

| PROJETO RECEBIDO NO CEP | | | CAAE - 0019.0.207.000-09 |
|---|---|---|---|
| **Projeto de Pesquisa**<br>Agressão humana e marcas de mordidas | | | |
| **Área(s) Temática(s) Especial(s)**<br>Não se aplica | | **Grupo** | **Fase**<br>Não se aplica |
| **Pesquisador Responsável** | | | |
| **CPF**<br>27549540829 | **Pesquisador Responsável**<br>Fernanda Bruni Queiroz | **Assinatura** | |
| **Comitê de Ética** | | | |
| **Data de Entrega**<br>11/02/2009 | **Recebimento:** | **Assinatura** | |

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
COEP / FSP

**Este documento deverá ser, obrigatoriamente, anexado ao Projeto de Pesquisa.**

SISNEP – Sistema Nacional de Ética em Pesquisa

Andamento do projeto - CAAE - 0019.0.207.000-09

| Título do Projeto de Pesquisa |
|---|
| Agressão humana e marcas de mordidas |

| Situação | Data Inicial no CEP | Data Final no CEP | Data Inicial na CONEP | Data Final na CONEP |
|---|---|---|---|---|
| Aprovado no CEP | 11/02/2009 11:15:16 | 01/07/2009 11:36:11 | | |

| Descrição | Data | Documento | Nº do Doc | Origem |
|---|---|---|---|---|
| 2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List) | 11/02/2009 11:15:16 | Folha de Rosto | 0019.0.207.000-09 | CEP |
| 3 - Protocolo Aprovado no CEP | 01/07/2009 11:36:11 | Folha de Rosto | OF.COEP/189/09 - FSP | CEP |
| 1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet | 09/02/2009 12:28:07 | Folha de Rosto | FR242263 | Pesquisador |

*Disponível em: http://portal2.saude.gov.br/sisnep/pesquisador/*

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA

Av. Dr. Arnaldo, 715 - CEP 01246-904 - São Paulo - Brasil
Telefone: (11) 3061-7743 fax (11) 3083-3501

São Paulo, 08 de abril de 2009.

À Douta Comissão Científica do Instituto Médico Legal (IML)

Prezados Senhores:

Tenho o prazer de apresentar-lhes a pós-graduanda **Fernanda Bruni Queiroz (nº. USP 2906272)**, aluna regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, nível mestrado, Área de Concentração Serviços de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

A referida pós-graduanda desenvolve pesquisa, sob minha orientação, a respeito do tema "Agressão Humana e Marcas de Mordidas". Esclareço que Fernanda Bruni Queiroz já foi aprovada no Exame de Qualificação e seu projeto (anexo) devidamente submetido à Comissão de Ética da FSP.

Solicito aos prezados senhores a gentileza de permitirem o acesso de minha orientanda aos arquivos de perícia do IML relativos às modalidades de agressão por ela investigadas, material de extrema importância para que a dissertação em andamento possa ser concluída.

Asseguro-lhes, por fim, a observância de todas as exigências de sigilo que envolvem a pesquisa científica na USP, de acordo com os protocolos estabelecidos pela Comissão de Ética.

Aproveitando a oportunidade, apresento-lhes meus agradecimentos e minhas cordiais saudações, colocando-me à disposição da douta Comissão Científica para quaisquer outros esclarecimentos.

Atenciosamente,

**Profa. Associada Fabíola Zioni**
**Orientadora**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA
**INSTITUTO MÉDICO LEGAL**
**COMISSÃO CIENTÍFICA**

Ofício nº. 13/09- Edilene
Comissão Científica

Ref. Projeto de Pesquisa "Agressão humana e marcas de mordida".

São Paulo, 13 de maio de 2009.

Prezada o Senhora

Em atenção aos termos da solicitação, datada de 08 de abril de 2009, esta Comissão Científica deferiu *ad referendum* o solicitado, em acordo com o disposto no Decreto 42.847, de 09 de fevereiro de 1998.

Outrossim, de acordo com o Regulamento da Comissão Científica do Instituto Médico Legal, fica indicado o perito criminal cirurgião dentista Dr. Eduardo de Menezes Gomes como responsável pela orientação do trabalho.

Aproveitamos para apresentar nossos protestos de elevada estima e mais alta consideração.

Dr. Paulo Argarate Vasques
Presidente da Comissão Científica
Dr. Mario Jorge Tsuchiya
Médico Legista
CRM 24.992

A Ilma. Sra.
Profª. Dra. Fabíola Zioni
Faculdade de Saúde Pública
Universidade São Paulo

*Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 600 – 2º andar*
*Cerqueira César / SP – CEP: 05403-000*
*Telfax: 0XX11 – 3088-7368*

## 14.4 Curriculum Lattes

### 14.4.1 Curriculum Profª. Drª. Fabíola Zioni



Fabiola Zioni

É graduada em Ciências Sociais pela Universidade de São Paulo (1973), possui títulos de mestre e doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1988/1994). Realizou pós-doutorado no Département de Sociologie da Université Victor Segalen, Bordeaux2, França . Atualmente é responsável pela disciplina de pós graduação Saúde e Sociedade na Faculdade de Saúde Pública- USP. É professora livre-docente da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Saúde Pública com ênfase em Sociologia da Saúde, trabalhando com os seguintes temas: participação política e políticas públicas, determinantes sociais da saúde, exclusão social, métodos de pesquisa social em saúde.É presidente da Comissão de Cultura e Extensão da FSP-USP desde 2006.
**(Texto informado pelo autor)**

**Última atualização do currículo em 05/05/2010**
Endereço para acessar este CV:
http://lattes.cnpq.br/3865892368069931

Certificado pelo autor em 05/05/10

***Dados pessoais***

**Nome** Fabiola Zioni

**Nome em citações bibliográficas** ZIONI, F.

**Sexo** Feminino

**Endereço profissional** Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública,
Departamento de Prática de Saúde Pública.
Avenida Dr. Arnaldo, 715
Cerqueira César
01246-904 - Sao Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 30617757 Fax: (11) 30617757
URL da Homepage: http://www.fsp.usp.br

***Formação acadêmica/Titulação***

**2005** Livre-docência.
Faculdade de Saúde Pública.
*Título:* Exclusão social: noção ou conceito, *Ano de obtenção:* 2005.
*Palavras-chave:* exclusão social; participação política; políticas públicas; Políticas Sociais; Sociologia da Saúde.

**2005 - 2005** Pós-Doutorado .
Universidade Victor Segalen.

*Bolsista do(a):* Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, FAPESP, Brasil.

**2001 - 2002** Pós-Doutorado .
Universidade Victor Segalen.
*Bolsista do(a):* Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, , .
*Grande área:* Ciências Humanas / *Área:* Sociologia / *Subárea:* Fundamentos da Sociologia.

**1989 - 1994** Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5) .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
*Título:* Pesquisa Participante: relato e avaliação de uma experiência, *Ano de Obtenção:* 1994.
*Orientador:* Aracy Witt de Pinho Spinola.
*Palavras-chave:* Movimentos Sociais; Participação popular; Pesquisa Participante.
*Grande área:* Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva.

**1980 - 1988** Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5) .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
*Título:* Mulheres e crianças primeiro. O carater da intervenção do estado no grupo materno-infantil da colonia ao milagre brasileiro, *Ano de Obtenção:* 1988.
*Orientador:* Arnaldo Augusto Franco de Siqueira.
*Palavras-chave:* Historia da Saúde Pública; políticas públicas; Políticas Sociais; Saúde Materno-Infantil; Sociologia da Saúde.
*Grande área:* Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva.

**1979 - 1979** Especialização em Curso de Especialização Em Saúde Pública Para Outr .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

**1974 - 1974** Especialização em Educador em Saúde Pública .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

**1969 - 1973** Graduação em Ciências Sociais .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

**1966 - 1968** Ensino Médio (2º grau) .
Colégio Nossa Senhora do Rosário.

**1962 - 1965** Ensino Fundamental (1º grau) .
Colégio Regina Mundi.

**1957 - 1961** Ensino Fundamental (1º grau) .
Colégio Sagrada Famlia.

## 14.4.2 Curriculum Lattes Fernanda Bruni Queiroz

Fernanda Bruni Queiroz

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Paulista (2003), mestrado em andamento na área de Promoção da Saúde pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Atualmente é professora do curso de ACD e THD da Associação Brasileira de Odontologia - ABO/Osasco. Tem experiência na área de Odontologia, com ênfase em Clínica Odontológica.
**(Texto informado pelo autor)**

**Última atualização do currículo em 22/11/2009**
Endereço para acessar este CV:
http://lattes.cnpq.br/2411672600725995

Certificado pelo autor em 22/11/09

### *Dados pessoais*

**Nome** Fernanda Bruni Queiroz

**Nome em citações bibliográficas** QUEIROZ, Fernanda Bruni

**Sexo** Feminino

**Endereço profissional** Associação Brasileira de Odontologia - Osasco, Associação Brasileira de Odontologia.
Av. Dom Pedro I
Bela Vista
06083-000 - Sao Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 36821670
URL da Homepage: http://

### *Formação acadêmica/Titulação*

**2008** Mestrado em andamento em Promoção da Saúde .
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA -UNIVERSIDADE DE SÃO, FSP, Brasil.
*Título:* Agressão humana e marcas de mordidas, *Orientador:* Fabiola Zioni.

**2000 - 2003** Graduação em Odontologia .
Universidade Paulista, UNIP, Brasil.

**1995 - 1997** Ensino Médio (2º grau) .
Grupo Educacional Equipe Ltda.

**1994 - 1994** Ensino Fundamental (1º grau) .
Grupo Educacional Equipe Ltda.

**1987 - 1993** Ensino Fundamental (1º grau) .
E E P G Experimental Dr Edmundo de Carvalho Escola de Aplicação da Usp.